

DEPRESSIOON: *üleilmne kriis*

Ülemaailmne vaimse tervise päev, 10. oktoober 2012

*Ülemaailmne Vaimse
Tervise Föderatsioon*



Euroopa Liit
Euroopa Sotsiaalfond



Eesti tuleviku heaks

*Ülemaailmse vaimse tervise päeva 20. aastapäev
10. oktoober 2012*

EESSÕNA: *Deborah Wan*

Pärast seda, kui Ülemaailmne Vaimse Tervise Föderatsioon (WFMH) oli 1992. aastal algatanud ülemaailmse vaimse tervise päeva, hakkasid paljud riigid seda kasutama kui vaimse tervise edendamise vahendit.

Igal aastal valib WFMH teema ja koostab levitamiseks teavitusematerjalid. Sel aastal, teemapäeva 20. sünnipäeval, valisime peateemaks DEPRESSIOONI. Depressioon võib puudutada igauht ning on üks levinumaid haigusi, kaasnedes tihtipeale muude raskete haigustega. Maailma tervishoiuorganisatsiooni andmetel olid unipolaarsed depressiivsed häired 2004. aastal maailma haiguskooormuse põhjustajana kolmandal kohal ja jõuavad 2030. aastaks esikohale.

2012. aasta depressioonimaterjalide eesmärk on anda teavet depressiooni kui ravitava haiguse kohta ning levitada sõnumit, et paranemine on võimalik ja saavutatav. Teabest saavad kasu nii arenenud riigid kui ka keskmise kuni madala sissetulekuga riigid, kus vajatakse põhiteadmisi riiklike ja kohalike avalike kampaaniate korraldamiseks. Arenenud riikides on praegune majanduslangus toonud kaasa suurema töötuse, suuremad võlad ja suurema ebakindluse, mis omakorda suurendab ka depressiooni esinemist elanike hulgas. Keskmise kuni madala sissetulekuga riikides on üldsuse harimine vaimset tervist puudutavates küsimustes sageli ebapiisav piiratud ressursside tõttu. Loodame, et sellest materjalist on vaimse tervise edendamiseks neis riikides kasu.

2012. aasta ülemaailmse vaimse tervise päeva eesmärk on innustada riike ja kodanikuühiskonda kogu maailmas tegelema depressiooni kui levinud haigusega, mis mõjutab inimesi, nende peresid ja lähikonda, ning mõista, et tegu on ravitava haigusega. Inimestele tuleks selgitada depressiivse häire varajasi sümptomeid, sest see võib igauht alates noortest kuni vanadeni. Hinnanguliselt puudutab depressioon praegu 350 miljonit inimest kogu maailmas – see arv peaks olema meie kõigi jaoks häiresignaaliks ja panema meid selle üleilmse mittenakkava haigusega tegelema.

Ülemaailmne vaimse tervise päev on Ülemaailmse Vaimse Tervise Föderatsiooni signatuurprojekt ning selle raames igal aastal koostatavat infomaterjali kasutatakse paljudel eri viisidel. Teksti võib kohalike organisatsioonide jaoks tõlkida.

Ülemaailmse Vaimse Tervise Föderatsiooni presidendina kutsun teid kõiki üles kandma hoolt selle eest, et depressioon lisataks teie riigi tervishoiuprogrammi. Samuti tänan kõiki neid, kes aitasid 2012. aasta ülemaailmset vaimse tervise päeva ette valmistada ja toetada ning kiidan nende aktiivset panust ülemaailmse depressioonikava koostamisel.

Deborah Wan

President

AUSTUSAVALDUS *Richard*

Hunterile (1914-2004)

Ülemaailmse vaimse tervise päeva 20. sünnipäeval avaldame austust teemapäeva algatajale Richard Hunterile. Ta oleks olnud väga uhke selle üle, kui kaugele selle päeva haare on nüüdseks küündinud. Ta oli mees, kes unistas sellest, et vaimse tervise probleeme tunnustataks üldise tervise lahutamatu osana ja kes leidis, et WFMH ülesanne oli leida vaimse ja füüsilise tervise vahel tasakaal. Ta võitles kirglikult vaimseid haigusi põdevate inimeste ravi parandamise eest ning ülemaailmse vaimse tervise päeva riiklike ja kohalike ürituste korraldajad kannavad seda visiooni enese teadmata igal aastal edasi.

Dick õppis USAs Minnesota osariigis juristik. Tema karjäär võttis uue suuna, kui ta registreerus oma veendumuste tõttu II maailmasõja ajal alternatiivteenistusse, kuna ei soovinud relvajõududes teenida. Ta määrati põetajaks psühhiaatrikliinikusse ning ta veetis kolm aastat Põhja-Carolina ja New Jersey raviasutustes. Need kolm aastat kujundasid temas sügava tahte parandada selle valdkonna ravistandardeid. Teda liigutas ka see, mida oli kirjutanud Clifford Beers (1876–1943), kes põdes ise mitut vaimset haigust ja kes tervenedes juhtis USA-s oma kogemustest lähtuvalt liikumist, mille eesmärk oli parandada psühhiaatriahaiglates valitsevaid tingimusi.

Pärast sõda asus Dick Hunter tööle Riikliku Vaimse Tervise Sihtasutusse (National Mental Health Foundation) ning seejärel Riiklikku Vaime Tervise Assotsiatsiooni (praegune Mental Health America). Pensionipõlves töötas Dick WFMH peasekretäri asetäitjana, tegutsedes selles ametis 1983. kuni 2002. aastani vabatahtlikuna ja oli föderatsiooni üleilmses võrgustikus keskne kuju. Ta töötas föderatsiooni nõustajana kuni viimaste nädalateni enne oma surma 2004. aastal.

Dick oli see, kes hakkas 1992. aastal rääkima sellest, et vaimne tervis vajab oma päeva, nagu see on paljudel teistel tähistamist väärivatel nähtustel. Tema arvates pidi ülemaailmne vaimse tervise päev olema "keskpunkt, mille ümber saaksid vaimse tervise eestkõnelejad kogu maailmas maksimaalselt üldsuse tähelepanu." Kui tehti ettepanek, et Ülemaailmne Vaimse Tervise Föderatsioon võiks toetada mõnd rahvusvahelist telesaadet, nägi ta selles head võimalust. Paljudes riikides nähtav saade võiks saada laiapõhjalisema tähistamise keskseks vahendiks, sidudes tegevusi mitte ainult oma eesmärkide kaitsmiseks, vaid ka üldsuse harimiseks.

Ta valis iga-aastaseks tähistamiseks välja 10. oktoobri ja töötas välja kontseptsiooni, mille kohaselt on igal aastal oma teema, mille kohta föderatsioon koostab teabepaketi, mille saab saata osalevatele organisatsioonidele, et nad saaksid teemat vastavalt oma soovile ja eelarvevõimalustele käsitleda. See oli praktiline võimalus leida vaimse tervise kaitsele laiemat kõlapinda, juhtida tähelepanu vaimset haigust põdevate inimeste vajadustele ning vaimse tervise tähtsusele. Algatusega liitusid pea kohe mitmed riiklikud asutused, kes korraldasid üldsuse harimiseks suuri üleriigilisi kampaaniaid. Rahvusvahelises algatuses osalemise idee leidis kõlapinda pea kõigil tasanditel nende hulgas, kes leidsid, et vaimset haigust põdevate ravimisel ja nende pärast muretsimine peaks olema suurema tähtsusega.

Aastate jooksul tunnustasid Maailma Tervishoiuorganisatsioon, Panameerika Tervishoiuorganisatsioon ja Rahvusvaheline Tööorganisatsioon ülemaailmset vaimse tervise päeva. Üritusi on peetud mitmes linnas ja riigis üle kogu maailma.

Ülemaailmne Vaimse Tervise Föderatsioon avaldab Richard Hunterile ülemaailmse vaimse tervise päeva 20. aastapäeval austust tema veendumuse eest, mille kohaselt oleks temaatika paremini kaitstud, kui muresid jagataks rahvusvaheliselt ning see tooks inimesed kokku selleks, et parandada ravi ja vaimse tervise tähtsuse mõistmist üheskoos.

L. Patt Franciosi, PhD

Ülemaailmse vaimse tervise päeva juht WFMH president 2003–2005

ÜLEMAAILMNE VAIMSE TERVISE PÄEV

20 aastat

Ülemaailmne vaimse tervise päev algatati 1992. aastal Ülemaailmse Vaimse Tervise föderatsiooni peasekretäri asetäitja Richard (Dick) Hunteri eestvedamisel. Pärast mõningast planeerimist kuulutas föderatsioon 10. oktoobri ülemaailmseks vaimse tervise päevaks ja hakkas otsima võimalusi selle toetamiseks. Ta nägi väärt võimalust koostöös teleprodutsent Richard Leightoniga ning soovis teha telesaate üleilmse tegevuse keskseks tööriistaks. Maailma Tervishoiuorganisatsioon nõustus olema kaastoetaja ning projekti toetas ka Carteri keskus, sest endine USA esileedi Rosalynn Carter nõustus olema ürituse patroon.

Projekti vahetu eesmärk oli juhtida tähelepanu vaimsele tervisele kui põhjusele, mis on ühine kõigile inimestele sõltumata nende kultuurilistest, poliitilistest, sotsiaalmajanduslikest ja riigipiiridest. Pikaajalisem eesmärk oli viia füüsiline ja vaimne tervis riiklikes tervishoiualastes prioriteetides ja teenustes tasakaalu. Esimest teemapäeva saatis suur edu. USA teabeagentuuri WorldNet satelliitvõrk edastas kahetunnise telesaate 127 riiki. Paljud föderatsiooni töötajad ja vaimse tervise liidrid kogunesid saate tegemiseks USA Florida osariigis Tallahassee asuvas telestuudiosse. Sarnased seltskonnad kogunesid telestuudiosse ka maailma teistes paikades ning osalesid otsesaates. See toimus enne internetiajastut ning tol ajal oli saate näol tegemist telekommunikatsioonitehnoloogia kasutamise tippsaavutusega.

Olin tol ajal Ülemaailmse Vaimse Tervise Föderatsiooni president ning esimese ülemaailmse vaimse tervise päeva kaasjuhina osalesin telesaates Uus-Meremaal Aucklandis asuvas telestuudiost. Olime üks stuudiotest, kust tehti kommenteerimiseks lülitusi ning olen väga tänulik kolleegidele, kes minuga neil varastel hommikutundidel liitusid. Uus-Meremaa tervishoiuminister tegi ametliku avalduse, tunnustades teemapäeva algatust ning föderatsiooni kohalikud liikmed saatsid peaministri abikaasat Joan Bolgerit visiidil kohalikesse psühhiaatrilise ravi asutustesse. Kohalikud vaimse tervise ühendused ja muud vabähendused korraldasid üritusi ka mujal riigis. Föderatsiooni sekretariaat sai esimesel aastal aruandeid ligi 40 riigist, milles kirjeldati

mitmesugused vaimse tervise alaseid teadmisi edendavaid tegevusi. Heameel oli näha, et päev sai selgelt nii ametivõimude kui ka üldsuse tähelepanu nii paljudes maailma kohtades, sealhulgas riikides, kus vaimset tervist oli poliitiliselt väga vähe tähtsustatud ja ka väheste vahenditega toetatud. Ülemaailmset teleprogrammi kasutati ka 1993. ja 1994. aasta teemapäeval, kuid et tegemist oli väga kallil ettevõtmisega, siis pärast 1994. aastat päeva sellisel viisil korraldamiseks enam vahendeid ei leitud. Järgnevatel aastatel pandi rõhku planeerimisvahendite koostamisele ja levitamisele, kusjuures taustteave keskendus igal aastal eri teemale, aga ka kohaliku tasandi tegevust toetavate vahendite leidmisele. Tõlkimine inglise keelest teistesse keeltesse laienes. Mida aeg edasi, seda enam kasvas teabe levitamine interneti ja DVD-de kaudu, mis lõpuks asendaski suuremas osas trükitud planeerimismaterjalide füüsilise levitamise posti teel. Föderatsiooni töötajad, juhatus ja liikmed (rahvusvahelised ja riiklikud vabähendused, tütarorganisatsioonid ja üksikisikud) mängisid programmi haarde suurendamisel olulist rolli. Mõnes riigis sai ülemaailmsest vaimse tervise päevast üsna pea vaimse tervise nädal või kuu, mille kestel osalesid ettevõtmistes aktiivselt nii riigi esindajad kui ka vabähendused. Päeva tähtsuse suurenemist vaimse tervise kaitsmisel ja üldsuse teavitamisel kinnitas omakorda ka see, kus ÜRO peasekretär hakkas tegema igal aastal 10. oktoobri auks konkreetse aasta teemalist avaldust.

Ürituste korraldajatel on palutud juba alates teemapäeva algatamisest saata WFMH sekretariaadile tehtust ülevaateid. Lisaks tekstiosale on saadetud ka fotosid ja näidiseid kohalikest materjalidest. Palju aruandeid on saadetud tööstusriikidest, kuid oma üllatuseks on sekretariaadi töötajad saanud fotomaterjali ka Kathmandus korraldatud marssidest, Ulaan Baatori reklaamtahvliel avaldatud teadetest, Sudaanis korraldatud miitingutest, Indias reklaame kandvatest elevantidest ja kaamelitest ...

Koos interneti levikuga kasvas ka ülevaadete esitamine maailma eri paigus ülemaailmse vaimse tervise päeva raames korraldatud üritustest. Möödunud aastal võis märgata aktiivset sagimist ka Facebookis ja Twitteris.

Vaadates kahel aastakümnel kujunenud suundumusi, on selge, et vaimse tervise positsioon üleilmsel, riiklikul ja kohalikul tasandil on oluliselt muutunud. Kvaliteetsed epidemioloogiuuringud on aidanud määrata kindlaks vaimsete häirete ulatuse ja mõju üksikisikutele, peredele ja ühiskonnale. Nüüdseks on need jõudnud Maailma Tervishoiuorganisatsiooni ja üha enamate riikide rahvatervist puudutavate probleemide ja prioriteetide tippu või selle lähedusse. Edusamme on tehtud inimõiguste alal, häbimärgistamise vähendamisel ning teenuse kasutajatele otsustusõiguse andmisel. Suuri psühhiaatriaiglaid asendatakse üha enam kohalike omavalitsuste vaimse tervishoiu alaste ja tugiteenustega. Vaimse tervishoiu teenused muutuvad üha tugevamaks ja neid integreeritakse üha paremini esmastesse tervishoiustruktuuridesse. Ravi muutub aina tõhusamaks ja kättesaadavamaks.

Siiski on nii riikide vahel kui ka ühe riigi piires suuri erinevusi kättesaadava teenuse standardite osas. Kõrvuti parema arusaamise ning toetava ravi ja hooldusega esineb tohutul hulgal teadmatust, hoolimatust ja kuritarvitamist.

Mõned riigid pole astunud kõige elementaarsemaid samme. Mõnes kohas on toimunud tagasimineku või on senine edu sattunud ohtu majandusraskuste või riigitulude vähenemise tõttu, sest valitsused püüavad riigi kulusid vähendada.

Ülemaailmne vaimse tervise päev on oluline vahend vaimse tervise eesmärkide ja ravi pideva parandamise edendamiseks kogu maailmas. See on ilmekas näide sellest, kuidas Ülemaailmne Vaimse Tervise Föderatsioon töötab oma eesmärkide kaitsmise nimel ülemaailmsel tasandil ning parandab oma vabaühenduste võrgustiku ja partnerite kaudu koostööd valitsuste ja kohalike omavalitsustega. See annab vaimse tervise kaitsjatele aega vaadata üle seni tehtu ja seda tähistada, aega võtta kokku veel tegemist vajavad asjad ning koostada plaane ja strateegiaid, ning aega tunda end osana rahvusvahelisest perest, kellel on ühised mured ja soovid.

Prof Max Abbott

WFMH president 1991–1993

Prorektor ja dekaan

Tervishoiu ja keskkonnateaduste teaduskond

AUT ülikool (Põhjarannik), Uus-Meremaa

DEPRESSIOON

Üleilmne rahvatervise probleem

Koostanud Marina Marcus, Taghi Yasamy, Mark van Ommeren ja Dan Chisholm, Shekhar Saxena
WHO vaimse tervise ja ainete kuritarvitamise osakond

Depressioonil on üleilmses haiguskoormuses oluline roll ning see mõjutab kõigi kogukondade liikmeid üle kogu maailma. Depressioon on üks töövõimetuse peamisi põhjuseid terves maailmas. Tänapäeval puudutab depressioon hinnanguliselt 350 miljonit inimest. 17 riigis korraldatud ülemaailmses vaimse tervise uuringus leiti, et keskmiselt ühel inimesel 20-st oli esinenud viimase aasta jooksul depressiooni. Depressiivsed häired algavad sageli juba noores eas; need vähendavad inimese tegutsemisvõimet ja on tihtipeale korduvad. Seetõttu on depressioon praegu haiguskoormusuuringute üleilmses haiguste loendis tipu lähedal. Vajadus ohjeldada depressiooni ja muid vaimse tervise seisundeid kasvab kogu maailmas. Hiljutisel Maailma Terviseassambleel kutsuti Maailma Tervishoiuorganisatsiooni ja selle liikmesriike üles astuma vastavaid samme (WHO, 2012).

Mis on depressioon?

Depressioon on levinud psüühikahäire, mida iseloomustab meeleolulangus, huvi või rõõmutunde kadumine, energia vähenemine, süütunne või madal enesehinnang, une- või isuhäired ning halb keskendumisvõime. Lisaks kaasnevad depressiooniga sageli ärevussümptomid. Nimetatud probleemid võivad muutuda krooniliseks või korduda ning halvendada oluliselt inimese võimet tulla toime oma igapäevaeluga. Halvimal juhul võib depressioon põhjustada enesetappu. Igal aastal sureb enesetapu tagajärjel 1 miljon inimest, mis teeb 3000 suitsiidi iga päeva kohta. Iga enesetapja kohta on 20 inimest, kes võivad enesetappu üritada (WHO, 2012).

Depressioonil on palju vorme, kuid kõige olulisem vahe seisneb selles, kas inimesel on olnud maniakaalseid episoodide või mitte.

- *Depressiivne episood* hõlmab selliseid sümptomeid nagu tujulangus, huvi ja naudingutunde puudumine ning väsimus. Sõltuvalt sümptomite arvust ja raskusastmest võib depressiivse episoodi liigitada kergeks, keskmiseks või raskeks. Kerge depressiivse episoodiga inimesel on mõningaid raskusi oma tavapärase töö jätkamisel ja sotsiaalses tegevuses, kuid ta ei katkesta toimimist täielikult. Raske depressiivse episoodi ajal seevastu on väga ebatõenäoline, et inimene jätkab oma sotsiaalset, tööalast või kodust tegevust, välja arvatud väga piiratud ulatuses.
- *Bipolaarne afektiivne häire* sisaldab tavaliselt nii maniakaalseid kui ka depressiivseid perioode, mille vahele jäävad normaalse meeleolu perioodid. Maniakaalsed episoodid hõlmavad kõrgendatud meeleolu ja energiat, mis väljendub ülemäärases aktiivsuses, jutukuses ja väiksemas unevajaduses.

Kuigi depressioon on töövõimetuse peamine põhjus nii meeste kui ka naiste hulgas, on depressioonikoormus naistel 50% suurem kui meestel (WHO, 2008). Depressioon on peamine haiguskoormuse põhjus nii kõrge kui ka madala sissetulekuga riikide naiste hulgas (WHO, 2008). Arengumaades tehtud uuringud näitavad, et sünnitusjärgne depressioon võib olla imikute kasvuhäirete üks riskiteguritest (Rahman et al, 2008). See riskitegur võib tähendada, et arengumaade emade vaimne tervis võib mõjutada oluliselt lapsepõlve aegset kasvamist ning avalduda nii praegusel kui ka järgmisel põlvkonnal.

Depressiooni ravi

Depressioon on haigus, mida saab hõlpsalt diagnoosida ja ravida esmatasandi tervishoiuasutustes. WHO juhendis "mhGAP Intervention Guide" öeldakse, et eelistatavad ravivõimalused hõlmavad põhilist psühhosotsiaalset tuge koos antidepressandiravi või psühhoteraapiaga, näiteks kognitiivse käitumisteraapia, interpersonaalse psühhoteraapia või probleemilahendusteraapiaga. Efektiivne on antidepressandiravi ja lühikesed struktureeritud psühhoteraapiavormid. Antidepressandid võivad olla väga tõhus ravivorm keskmise kuni raske depressiooni korral, kuid ei sobi esimeseks valikuks kerge depressiooni korral. Lisaks spetsialistide antavale abile või esmatasandi ravile on depressiooni all kannatavate inimeste jaoks oluline ka eneseabi. Lääneriikides tehtud arvukate uuringute põhjal on selgunud, et uuenduslik lähenemine, mis hõlmab eneseabiraamatute või internetis saadavate eneseabiprogrammide kasutamist, aitab depressiooni vähendada või ravida (Andrews et al, 2011).

Ravi efektiivsus piiratud ressursside korral

Viimasel aastakümnel tehtud arvukad kliinilised uuringud on näidanud, et depressiooni ravi on efektiivne väga erinevate ressursivõimaluste juures.

- *Uganda:* nii näiteks selgus Uganda maapiirkonnas tehtud katse, et interpersonaalne grupiteraapia rühmas vähendas oluliselt depressiooni sümptomeid ja depressiooni esinemist 341 mehe ja naise hulgas, kes vastasid suure või subsündromaalse depressiooni kriteeriumitele (Bolton et al, 2003).
- *Tšiili:* korraldati katse 240 madala sissetulekuga naise hulgas, kellel oli sügav depressioon, ning uuriti mitmekomponendilise ravi efektiivsust. Ravi hõlmas psühho-hariduslikku rühmaravi, struktureeritud ja süstemaatilist järeltegevust ning ravimite kasutamist raske depressiooniga isikutel. Katse käigus tehti kindlaks, et võrreldes tavapärase esmatasandi raviga olid koostööpõhised raviprogrammid oluliselt eelised. Kuus kuud hiljem tehtud depressioonitestist selgus, et 70% astmelise ravi rühma patsientidest oli paranenud, samas kui tavaravi rühmas oli sama näitaja vaid 30% (Araya et al, 2006).

- *India:* tehti katse, mille käigus testiti, kui efektiivne on ravi, mida pakuvad depressiooni ja ärevushäiret põdevatele inimestele esmatasandi raviasutuste mittespetsialistidest meditsiinitöötajad. Ravi koosnes juhtumihalduse ja psühhosotsiaalsetest meetmetest, mida juhtis koolituse läbinud vabatahtlik nõustaja ja jälgis vaimse tervise spetsialist, ravimid kirjutas välja esmatasandi arst. Katse käigus leiti, et ravirühma patsiendid tervenesisid kuue kuu möödudes suurema tõenäosusega kui kontrollrühma patsiendid, ning seega ka seda, et koolituse läbinud kogemusnõustaja võib aidata depressiooni ravida (Patel et al, 2010).

Hoolimata sellest, et ravi mõju depressioonile on teada, saab seda ravi alla 25% (mõnes riigis alla 10%) depressiooni põdevatest inimestest. Efektiivset ravi takistab ressursside vähesus, koolitatud töötajate puudus ning vaimsete häiretega seotud sotsiaalne häbimärgistamine.

Depressioonikoormuse vähendamine

Kuigi depressiooni üleilmne koormus kujutab rahvatervisele olulist probleemi nii sotsiaalsel ja majanduslikul kui ka kliinilisel tasandil, on olemas terve hulk hästi läbimõeldud ja tõendusmaterjalidel põhinevaid strateegiaid, mille abil on võimalik selle koormaga efektiivselt toime tulla ja sellega võidelda. Esmatasandi raviasutustes ravitavate tavaliste vaimsete häirete, näiteks depressiooni puhul kasutatakse raviks peamiselt mõnd üldist antidepressanti ja lühikest psühhoteraapiat. Majandusanalüüs on näidanud, et depressiooni ravimine esmatasandi raviasutustes on teostatav, taskukohane ja kuluefektiivne.

Et depressiooni üleilmne haiguskoormus kasvab ja on üha suurea mõjuga, on depressiooni ennetamine tähelepanu vääriv valdkond. Paljud elu jooksul rakendatud ennetusprogrammid on tõestatult vähendanud depressioonisümptomite taset. Tõhusad meetodid depressiooni ennetamiseks rahvastiku hulgas keskenduvad mitmele tegevusele, mis tugevdavad kaitsetegureid ja vähendavad riskitegureid.

Kaitsetegurite tugevdamise näideteks on koolipõhised programmid, mis on suunatud laste ja noorte kognitiivsetele, probleemilahendus- ja sotsiaalsetele oskustele, samuti täiskasvanute harjutusprogrammid. Käitumisprobleemidega laste vanematele mõeldud programmid, mille eesmärk on parandada vanema psühhosotsiaalset heaolu teavitamise ja käitumuslike lapsekasvatustrateegiate õpetamise teel võib vähendada vanema depressioonisümptomeid ning parandada lapsel avalduvaid tulemusi.

Kokkuvõte

Depressioon on vaimne häire, mis on maailmas laialt levinud ja mõjutab meid kõiki. Erinevalt paljudest rahvusvaheliselt levinud probleemidest on depressiooni lahendus käeulatuses. Olemas on tõhus ja kuluefektiivne ravi, mis parandab miljonite depressiooni põdevate inimeste tervist ja elukvaliteeti kogu maailmas. Üksikisiku, kogukonna ja riigi tasandil on kätte jõudnud aeg harida ennast depressiooni osas ja toetada neid, kes seda vaimset häiret põevad.

Kasutatud kirjandus

Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One*. 2010 Oct 13;5(10):e13196.

Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*. 2006;163:1379–87.

Bolton P, Bass J, Neugebauer R, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289(23):3117-3124.

Patel V., Weiss H.A., Chowdhary N., Naik S., Pednekar S., Chatterjee S., De Silva M.J., (...), Kirkwood B.R. Effectiveness of an intervention led by lay health counsellors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): A cluster randomised controlled trial (2010) *The Lancet*, 376 (9758), pp. 2086-2095.

Rahman A, Patel V, Maselko J, Kirkwood B. The neglected 'm' in MCH programmes—why mental health of mothers is important for child nutrition. *Trop Med Int Health* 2008; 13: 579-83

World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease 2004 update. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf Accessed 16.6.2012

World Health Organization, World suicide prevention day 2012. http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/ Accessed 16.6.2012

World Health Organization, Sixty-fifth world health assembly 2012. <http://www.who.int/mediacentre/events/2012/wha65/journal/en/index4.html> Accessed 16.6.2012

World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf Accessed 16.6.2012

**“LAHENDUS
DEPRESSIOONI
LE ON
KÄEULATUSES.
.. OLEMAS ON
TÕHUS JA
KULUEFEKTIIV
NE RAVI, MIS
PARANDAB
MILJONITE
DEPRESSIOONI
PÕDEVATE
INIMESTE
TERVIST JA
ELUKVALITEETI
KOGU
MAAILMAS ...”**

FAKTE

Depressioon maailmas

Depressiooni haigestumine erineb maailma eri paigus oluliselt. Eluaegse levimuse näitajad ulatuvad 3%-ist Jaapanis 16,9%-ni USA-s, kuid enamikus riikides jääb see vahemikku 8–12%. (1) Standardsete diagnostilise sõelumise kriteeriumide puudumine teeb depressiooni esinemise riikidevahelise võrdlemise keeruliseks. Peale selle mõjutavad häire avaldumist kultuurilised erinevused ja erinevad riskitegurid. (2) Me teame, et depressioonisümptomeid esineb kõigis kultuurides. (3) Kogu maailmas on teatud riskitegureid, mis muudavad depressiooni haigestumise tõenäolisemaks kui mõned teised tegurid.

- Sugu. Naistel esineb depressiooni kaks kuni kolm korda sagedamini, kuigi mõne uuringu kohaselt, eelkõige Aafrikas tehtud uurimuste järgi see nii pole. (4)
- Majanduslikud puudujäägid, st vaesus. (5)
- Sotsiaalsed puudujäägid, näiteks madal haridustase. (6)
- Geneetika. Kui teie lähisugulaste hulgas on esinenud depressiooni, on teil elu jooksul depressiooni tekkeks kaks kuni kolm korda suurema tõenäosus. (7)
- Kokkupuude vägivallega. (8)
- Eraldamine või lahutamine, enamikus riikides, peamiselt meeste puhul. (9)
 - Muu krooniline haigus.

Abi saamine kogu maailmas

Depressiooni raviks on palju võimalusi ning sama palju või isegi rohkem on takistusi ravi saamisel. Vähem kui 25%-le inimestest kogu maailmas on depressiooniravi kättesaadav. (10) Maailma Tervishoiuorganisatsioon uuris hiljuti psüühikahaiguste ravis esinevaid “lünki” ja tegi kindlaks, et ravimata depressiooni osakaal kogu maailmas on keskmiselt ligi 50%. (11) Mõnes riigis saab ravi alla 10% depressiooni põdevatest inimestest. (12)

Saadav ravi on aga tihti ebapiisav.

Mõned faktid kogu maailmast:

- 2007. aastal 17 riigis 84 850 osalejaga korraldatud rahvusvaheline majapidamiste uuring näitas, et vajadus psühhiaatrilise ravi järele on laialdane ja annab eriti põhjust muretsemiseks vähem arenenud riikides. (13)
- Rahvusvahelises uuringus, kus vaadeldi kuut riiki (Hispaania, Iisrael, Austraalia, Brasiilia, Venemaa ja USA), leiti, et inimesed ei saa tõenäoliselt depressiooniravi ka siis, kui nad külastavad esmatasandi arsti ja neil diagnoositakse depressioon. Uuringust selgus, et depressiooniravi saamise tõenäosus sõltus rohkem olemasolevast tervishoiusüsteemist ja rahalistest takistustest kui konkreetse patsiendi kliinilistest näitajatest. (14)
- Hiljutises uuringus selgitati välja, et vaid 14% Belgia elanikest püüdis leida aasta jooksul alates depressiooni tekkest ravi. (15)
- Hiljuti mitmes Ladina-Ameerika riigis korraldatud uuringus leiti, et vanurite depressiooniravis on olulisi puudujääke. Uuringu käigus selgus, et Peruus, Mehhikos ja Venetsueelas ei olnud enamik depressioonisümptomitega patsiente kunagi ravi saanud. (16)
- Hiljutise uuringu kohaselt on Etioopias ligi 80 miljoni elaniku kohta vaid 26 psühhiaatrit. (17) Mõnes riigis on vaid üks psühhiaater. Paljudes maailma riikides on ebapiisavalt tervishoiutöötajaid või tõhusat ravi võimaldava väljaõppega tervishoiutöötajaid.

Kui te ise või keegi teie tuttavatest on depressioonis, võib ravi leidmine olla raskendatud sõltuvalt sellest, kus te elate ja millised ressursid teil kasutada on. Kuigi suurt osa ravist on võimalik saada ja selle tulemusi jälgida esmatasandi raviasutustes, (18) on tõhus ravi takistatud ressursside puudumise ja koolitatud meditsiinitöötajate vähesuse tõttu. Ka mõned depressioonisümptomid võivad takistada ravi saamist. Inimene võib tunda end abi saamiseks liiga väsinuna või ülekoormatuna.

Esimene samm abi saamiseks on alustada oma lähiümbrusest, kasutades tuttavaid vahendeid. Püüdke rääkida mõne arstiga. Kui teie lähedal pole arsti, rääkige mõne vabahenduse esindajaga. Aafrikas on hinnanguliselt 93% riikides ja Kagu-Aasias 80% riikides vaimse tervise valdkonnas tegutsevaid vabahendusi. (19)

Need organisatsioonid pakuvad mitmesuguseid teenuseid – näiteks nõustamine, kaitsmine, mitteformaalne tugi, suitsiidiennetus, ainete kuritarvitamise/väärarvitamise alane nõustamine ja uuringud. Mõnes kohas on vabahendused ainsad, kes sellealaseid programme pakuvad, teises kohas täiendavad nad juba olemas olevaid programme.

Kui läheduses asub mõni ülikool, võib abi saada selle psühhiaatria- või psühholoogiaosakonnast. Samuti võib otsida abi telefoniraamatust või kohaliku omavalitsuse teenuste brošüürist, otsides selliseid märksõnu nagu vaimne tervis, sotsiaalteenused, suitsiidiennetus, kriisiabi, tugitelefoni, haiglad, polikliinikud, arstid ja tervis. Ravi või tuge võib saada ka traditsioonilistelt ravitsejatelt, keda leidub paljudes riikides ja kultuurides.

Inimesed, kes püüavad teid aidata, ei pruugi olla depressiooniteemaga kursis. Rääkige nendega sellest, mida sellest väljaandest olete teada saanud. Kui te ei leia vajalikku abi, võite püüda leida seda kaugemalt. Kasulikku infot võib hõlpsalt leida internetist. Kui teil puudub võimalus interneti kasutada, minge kohalikku raamatukokku või vabahendusse ja võtke kaasa selle väljaande lõpus olev viidete loend.

Elu depressiooniga

Depressioon, eriti krooniline ja korduv depressioon võib tekitada kurnatuse, ülekoormuse ja abituse tunnet. Sellised tunded võivad tihti tekitada soovi alla anda. Mõistes, et need negatiivsed mõtted on osa depressioonist, astute sammu paranemise suunas. Oluline on kogu ravi ajal enda eest hoolt kanda. See on kõige raskem alguses, eelkõige enne ravitoime avaldumist.

Enese eest hoolitsemine

Depressioon on reaalne. Depressioon on aju haigus, mis nõuab tavaliselt mingit sorti ravi. Oluline, et mõistaksite seda, suhtuksite haigusesse tõsiselt ja hoolitseksite enda eest.

Depressioon võib muuta ka kõige lihtsamad igapäevased toimingud väga raskeks. Võimalusel tehke asju, mis muudavad teie enesetunde paremaks, isegi kui vaid veidi. Ka teie arst võib anda teile alltoodu osas head nõu.

- Tehke iga päev mingit laadi trenni. Füüsiline koormus on hea nii füüsilisele kui ka vaimsele tervisele. Regulaarne treenimine aitab säilitada tervislikku kehakaalu ja vähendada stressitaset, mis on depressiooni põdeja jaoks oluline.
- Püüdke süüa iga päev tasakaalustatud toitu. Tervislik menüü, kuhu kuuluvad täisteratooted, värsked puu- ja köögiviljad, valk ja vähe rasva, hoiab teie füüsi tervena.
- Stressi vähendamiseks võib kasutada mitmesuguseid lõdvestustehnikaid, sealhulgas mediteerimine ja sügavalt hingamine, mis aitavad ka depressiooni puhul. Need üle kogu maailma laialt kasutatavad tehnikad on soodne viis stressi vähendamiseks.
- Püüdke magada võimalikult tervislikult. Kehtestage enda jaoks kindel magamamineku- ja ärkamisaeg, mis tagab piisava, kuid mitte liigse une.
- Vältige ja vähendage stressi. Stress võib nii tööl kui ka kodus suurendada depressiooni. Oluline on vältida stressi teket igapäevaelus.
- Hoidke tööaega kindlates ja mõistlikes piirides. Olge pereliikmete ja lähedastega avameelne, rääkides oma elus toimuvast ja luues nendega nii paremaid suhteid ja saades neilt niiviisi tuge.

- Piirake või vähendage alkoholi ja mõnuainete kasutamist või kuritarvitamist. Nende ainete tarvitamine võib depressiooni sümptomeid süvendada või rikkuda teile väljakirjutatud ravimite mõju.
- Koostage endale päevakava. Oma päeva planeerimine ja päevarežiimi kehtestamine aitab toime tulla igapäevaulesannetega. Koostage endale iga kuu jaoks kalender.
- Olge endaga kannatlik. Depressiooni all kannatavale inimesele võivad ka kõige väiksemate ülesannete täitmine tunduda võimatuks.

Kui te ei leia endas jõudu täna jalutama minna, seiske lihtsalt veidi aega väljas ja hingake värsket õhku. Kui te ei suuda valmistada tervislikku einet, siis sööge vähemalt mõni puuvili. Kui te ei suuda magama jääda, õppige selgeks mõni meditatsiooni- või muu lõdvestustehnika. Kui magate kogu aja, püüdke leida mõni viis, kuidas vähem aega voodis veeta. Kõik see ei ravi teid depressioonist, kuid teeb teie päevad veidi lihtsamaks.

Abi otsimine

Pere ja sõprade võrgustik võib depressiooni põdeva inimese jaoks kõike muuta. Otsige üles sõbrad ja pere, samuti kohalikud organisatsioonid, kellelt abi küsida.

Sõbrad ja pere

Pereliikmed ja lähedased sõbrad võivad depressiooniga toimetulekul toeks olla.

- Nad aitavad teil mõista, et te pole üksik.
- Nad kuulavad teid.
- Nad aitavad teil leida ressursse ja depressiooni kohta infot koguda.
- Nad aitavad säilitada tervisliku elustiili iga päev.
- Nad aitavad teil raviplaanist kinni pidada.

Otsige üles sõbrad, kes teid ei hülga ja aitavad teil rasked ajad üle elada.

Paluge neilt abi igapäevatoimingute tegemisel, näiteks raviprotseduuridele minemine, keheline tegevus ja enda eest hoolitsemine.

Vajadusel selgitage sõpradele, mida depressioon endast kujutab. Nad ei pruugi mõista, et depressioon on haigus, mida tuleb ravida. Nad võivad arvata, et te peate end lihtsalt kokku võtma ja paremaks inimeseks hakkama. Nad võivad arvata, et suudavad teie meeleolu tõsta. Võite anda neile lugeda selle ülemaailmse vaimse tervise päeva infobülletääni.

Tugirühmad

Tugirühmad ehk kohtumine teiste depressiooni põdevate inimestega võib mõnda inimest aidata. Tugirühmad, eriti kui nende korraldus ja juhtimine on heatasemeline, aitavad psüühikahäirega igapäevaselt toime tulla.

Uuringud on näidanud, et tugirühmadest on kasu teatud valdkondades, näiteks toetuse pakkumine, osalejate abistamine probleemide ja kriisidega toimetulekul ning raviplaani järgimisel.

(20) Hiljutised süstemaatilised analüüsid on siiski näidanud, et tugirühmade efektiivsuse tingimuste täielikuks mõistmiseks ja hindamiseks on vaja põhjalikumaid uuringuid. Praegu on enamikku haigete tugirühmi hinnatud üksnes koosmõjus lisaravimeetodite ning meditsiinivõrkude poolse sekkumisega olukordades, kus tugirühmas osalemine on lihtsalt langenud samale ajale. (21)

Oma lähikonnas tugirühma leidmiseks pöörduge vastava valdkonna organisatsioonide poole, sealhulgas oma riigi, piirkonna või kohaliku omavalitsuse vaimse tervise ühingu poole. Teine võimalus on leida mõni internetis tegutsev tugirühm. Selliste tugirühmade tegevust korraldavad praegu mitmed organisatsioonid ja nende haare hõlmab kogu maailma. Tugirühmade tegevuse kvaliteeti ja nende mõju depressiooni sümptomitele on vähe uuritud. (22)

Siiski tasub sõltuvalt teie elukohast järele proovida, kas tugirühmast võiks teie puhul abi olla.

Nagu iga teise veebiteenuse puhul, olge ka siin ettevaatlik ja uurige täpsemalt organisatsiooni tausta ja pakutava abi olemust. Selleks võite organisatsioonile kirjutada ja pärida, kuidas nad otsustavad, kes tugirühma pääseb, ning kuidas rühma tegevust jälgitakse. Või küsige oma arstilt või mõnelt depressiooniga tegelevalt organisatsioonilt, kas nad on sellest tugirühmast kuulnud. Teine võimalus on rääkida kellegagi, kes on selles tugirühmas juba osalenud. Kuigi tugirühmad kõigile ei sobi, võib nendes osalemine teie isoleerituse tunnet vähendada ja anda teile võimaluse näha, kuidas teised selle häire all kannatavad inimesed oma eluga toime tulevad. Tugirühmades pakutakse ka süstematiseeritud tegevusi haigusega toimetulekuks.

Vaimse tervise organisatsioonid

Paljud kohaliku omavalitsuse organisatsioonid ja riiklikud organisatsioonid võivad anda teavet ja abi paljudes küsimustes alates psühhiaatriateenuste pakujatest kuni kindlustus- ja tööhõivealaste küsimuste lahendamiseni. Kohalike organisatsioonide loetelu leiab selle brošüüri lõpus olevast viidete osast.

Paranemine

Paljudes riikides, eelkõige arenenud riikides on hakatud panema üha suuremat rõhku psüühikahäiretega, sealhulgas depressiooni põdevate inimeste paranemisele ja haiguse aktiivsele ravile. Ainete kuritarvitamise ja sõltuvusprogrammidest välja kasvanud ravimudel paneb rõhku järgmisele:

- lootuse leidmine;
- iseotsustamisõigus oma ravi ja heaolu puudutavates küsimustes;
- iseenda teadmiste avardamine haiguse ja selle ravi kohta;
- tugivõrgustike loomine ja neis osalemine;
- toimetulekustrateegiate väljatöötamine ja parandamine;
- turvalise tugibaasi loomine;
- oma elule mõtte leidmine.

Mõnikord räägitakse kahest paranemismudelist, kus üks on mõeldud tervishoiutöötajatele ja teine patsientidele / psühhiaatriateenuse tarbijatele. Mõlemal juhul on siiski hõlmatud järgmised kolm punkti: (1) iga inimese tee paranemiseni on ainulaadne; (2) paranemine on protsess, mitte lõpp-punkt; (3) paranemine on aktiivne protsess, kus isik võtab vastutuse tulemuse eest, kus edu sõltub peamiselt koostööst sõprade, pere, kogukonna ja meditsiinitöötajatega. (23)

Paranemise arengu juured asuvad arsti ja patsiendi vahelises lahkkelis, kus arsti meelest on ravi õnnestunud, kuid patsient ei tunne ennast endiselt hästi. Paljud depressiooni põdevad patsiendid kurdavad depressiooni jääksümptomeid, kuigi nende ravi on pealtnäha edukas. Sellised patsiendid leidsid, et edukas ravi ja paranemine peaks hõlmama ka psühholoogilist heaolu. (24) See lahkeli ajendas edukat ravi ja patsiendi heaolu omavahel paremini siduma. Nii näiteks töötas üks Šotimaal tegutsev rühm välja Šoti paranemisindikaatori, mis kujutab endast keerulist vahendit, mille abil saavad psühhiaatrilise abi osutajad tagada selle, et nende ravi keskendub ravialuse paranemisele (vt www.scottishrecoveryindicator.net/).

Maaailmas on sadu paranemisele suunatud abivahendeid. USA-s on üks sellistest programmidest näiteks heaolu taastamise tegevuskava, mis soovib paranemiseks järgmist:

- 1) Usu endasse ja oma paranemisse.
- 2) Võta isiklik vastutus.
- 3) Hari ennast.
- 4) Seisa enda eest.
- 5) Õpi nii abi vastu võtma kui ka abi andma. (25)

“USU ENDASSE JA OMA PARANEMISSE”

Kokkuvõte

Elu depressiooniga võib olla keeruline. Teil on vaja tervisliku elustiili säilitamiseks ja raviplaanist kinnipidamiseks palju tuge. Pereliikmed ja lähedased sõbrad võivad ravis olulist rolli mängida.

Tugirühmad ja -organisatsioonid võivad samuti aidata depressiooniga toime tulla. Maailmas kogub üha enam poolehoidu paranemismudel, kus psühhiaatrilise haigusega inimesele antakse võim otsustada oma haiguse, ravi ja elu üle.

Viidatud kirjandus:

1. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12(1):3-21.
2. Weissman MM, Bland RC, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA* 1996;276(4):293-9.
3. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
4. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
5. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
6. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
7. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15): 2229-35.
8. Vikram P, Simon G, et al. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLOS Med* 2009;6(10):1-7.
9. Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989;261(15): 2229-35.
10. World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
11. Kohn R, Saxena S, et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004 Nov;82(11):858-66. Epub 2004 Dec 14.
12. World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
13. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 2007 Sep 8;370(9590):841-50.
14. Simon GE, Fleck M, et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004 Sep;161(9):1626-34.
15. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. The epidemiology of depres-

“MAILMAS KOGUB ÜHA ENAM POOLEHOIDU PARANEMISMUDEL, KUS PSÜHHIAATRILISE HAIGUSEGA INIMESELE ANTAKSE VÕIM OTSUSTADA OMA HAIGUSE, RAVI JA ELU ÜLE.”

sion in Belgium. A review and some reflections for the future [Article in Dutch]. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50(10):655-65.

16. Guerra M, Ferri CP, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *Bri J Psychiatry* (2009) 195: 510-515.

17. Shibre T, Spångéus A, et al. Traditional treatment of mental disorders in rural Ethiopia. *Ethiop Med J* 2008 Jan;46(1):87-91.

18. World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/

19. Hyman S, Chisholm D, et al. *Mental Disorders*. 2006. Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition), New York: Oxford University Press, 2006: 5/Chpt-31.

20. Depression and Bipolar Alliance Support Groups: An important step on the road to recovery, 2008. Downloaded on 18 Dec 2009 from http://www.dbsalliance.org/site/DocServer/DBSASupportGrps_0708_FINAL.pdf?docID=2381.

21. Eysenbach G, Powell J, et al. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ* 2004 May 15;328(7449):1166.

22. Griffiths KM, Calear AL, et al. Systematic Review on Internet Support Groups (ISGs) and Depression (1): Do ISGs Reduce Depressive Symptoms? *J Med Internet Res* 2009;11(3):e40. Available online, <http://www.jmir.org/2009/3/e40/>

23. Out of the Shadows At Last: Transforming Mental Health, Mental Illness and Addiction Services in Canada. A report of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, May 2006. <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-e/SOCI-E/rep-e/rep02may06-e.htm>

24. Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression. *PsycholMed* 2007 Mar;37(3):307-17.

25. Retrieved from www.mentalhealthrecovery.com.

Depressioon kui

MAJANDUSKRIISI

tagajärg

Prof. George N. Christodoulou, Ateena ülikooli psühhiaatriaprofessor, Ülemaailmse Vaimse Tervise Föderatsiooni president, Maailma Psühhiaatria Assotsiatsiooni auliige. gchristodoulou@ath.forthnet.gr

Sissejuhatus

Kuigi kogu rahvastikku hõlmavaid uuringuid majanduskriiside ja kindlate psüühikahäirete vaheliste seoste kohta pole palju (Lee et al 2010), on USA-s, Aasias ja endises Nõukogude Liidus aset leidnud varasemate majanduskriiside ning ka praeguse majanduskriisi ajal kogutud andmete põhjal võimalik leida seoseid kriisi ja psühhopaatoloogia (Araya et al 2003b) – eelkõige depressiooni (Butterworth et al 2009) ja enesetappude (Lee et al 2010) vahel.

Tavaline kurvameelsus ja depressioon

Oluline on eristada tavalist kurvameelsust ja depressiooni. Teatud negatiivsetes tingimustes, näiteks lähedase surm, isiklik alandus (eriti teatud kultuurides), pettumus, sotsiaalse staatuse kaotamine, koguni rahaline kaotus, on psühholoogiline reaktsioon eeldatav ja muidugi ka normaalne. Sellistes olukordades oleks reaktsiooni puudumine ebanormaalne – nii näiteks esineb reaktsiooni puudumist (apaatiat) tihti skisofreenia- ja isiksushäiretega patsientidel (Christodoulou et al 2000).

Seetõttu on oluline eristada kurvameelsust ja depressiooni, st adaptiivset ja düsfunktsionaalset reaktsiooni negatiivsele sündmusele, kuigi nende eristamine on mõnikord üsna keeruline (Maj, 2011).

Majanduskriisi ajal võib eeldada nii kurvameelsuse kui ka depressiooni esinemist. Esimesel juhul on vaja aktiivseid tööturuprogramme, pere toetust, solidaarsust ja psühholoogilist tuge. Teisel juhul on lisaks eeltoodule vaja ka depressiooniravi.

Depressiooni levik

Iga kümnes inimene põeb rasket depressiooni ning peaaegu iga viies inimene on seda oma elu jooksul põdenud (Kessler et al 1994). 2020. aastaks saab depressioonist tähtsusetult teine töövõimetuse põhjus (WHO, 2001), 2030. aastaks on see suurim haiguskoormuse põhjustaja (WHO, 2008).

Need arvud näitavad depressiooni tähtsust rahvatervises, kuid numbrite taga on inimesed, kes haigust põevad ning see on kindlasti olulisem. Psüühilise kannatuse suurus depressiooni põdeval inimesel aitab mõista see, kui vaadata, kui paljud patsiendid eelistavad selle talumisele surmaminekut. Arvestades asjaolu, et üha rohkem enesetapu sooritavaid inimesi kannatavad mõne vaimse haiguse ja eelkõige depressiooni all, on depressiooni skriinimise ja varase tuvastamise vajadus esmatasandi raviasutustes vaieldamatu (Patel et al 2010, Araya et al 2003a).

Depressiooni atüüpiline kliiniline väljendumine

Depressioon on tuntud selle poolest, võib avalduda eri kujul ja oma olemust muuta. Haigus võib end peita mitme haiguse taha alates õnnetustele kaldumisest kuni seksuaalse düsfunktsioonini, kaasuda paljude teiste haigustega nagu ärevus, paanikahood, alkoholism ja mõned somaatilised haigused nagu vähk, diabeet ja krooniline valu. Mõnel juhul võib depressioon väljenduda mitme sümptomi kujul, mis ei ole põhisümptomid (varjatud depressioon, “depressioon ilma depressioonita”) ning koguni vastandsümptomitena (“naeratav depressioon”) (Christodoulou, 2000). Depressiooni mitmekesiste avaldumisvormide tõttu nõuab selle diagnoosimine arstilt kliinilisi oskusi ja kogemust.

Suure osa majanduskriisi aegsetest enesetappudest panevad toime inimesed, kes põevad kas tüüpilist või atüüpilist depressiooni. Sellisel juhul on majanduskriis (ja eriti töötus) ajendavaks teguriks. Seetõttu on depressiooniskriining majanduse rasketel aegadel eriti oluline.

Majanduskriisid ja vaimne tervis

Enne praegust, 2008. aastal alanud majanduskriisi, oli olnud majanduskriis USA-s 1929. aastal, raskujuline majanduskriis endises Nõukogude Liidus 1990. aastate alguses ja majanduskriis Aasias 1990. aastate lõpus. Nende kogemuste põhjal teame, et majanduskriisidega kaasneb sissetulekute vähenemine, töötus ja ebakindlus, samuti avalike teenuste rahastamise kärpimine (sealhulgas ka vaimse tervise valdkonnas).

WHO Euroopa piirkondlik direktor Zsuzsanna Jakab ütles WHO brošüüri "Majanduskriiside mõju vaimsele tervisele" (2011) eessõnas, et praegune majanduskriis on vähendanud oluliselt majandustegevust, suurendanud töötust, vinud kinnisvaraturu langudesse ja suurendanud vaesuses elavate inimeste arvu. Selle tagajärjel toimus riigieelarvete oluline kärpimine ning paljud riigid seisid silmitsi tervishoiu ja heaolu valdkonnas saabunud kokkuhoiuajastuga.

Nendes oludes on madala sissetulekuga inimesed ja eelkõige vaesupiiril elavad inimesed suure psühholoogilise surve all (WHO 2009). Vanemate kaudu mõjutab finantskriis ka laste vaimset tervist (Solantaus et al 2004, Anagnostopoulos & Soumaki 2012) ning see võib põhjustada lastel kognitiivse, emotsionaalse ja füüsilise arengu puudujäike (Marmot 2009).

Inimeste tervist võib mõjutada ka sotsiaalmajanduslik allakäik töö kaotuse ja sissetuleku vähenemise tagajärjel (Wilkinson & Marmot 2003), samuti võib sotsiaalne ebavõrdsus tervises selgemini väljenduda (Kondo et al 2008).

Töötus, vaesumine ja pere lagunemine võivad põhjustada või soodustada mitmesuguseid psüühilisi probleeme. Nende hulgas on depressioon, enesetapud ja alkoholism are (Dooley et al 1994, Clark & Oswald 1994, Dorling 2009, Lewis & Sloggett 1998, Agerbo 2005). Töötus on enesetappudega väga tugevalt seotud (Stuckler et al 2009, Economou et al 2008). Töötuse 1%-list kasvu seostatakse alla 65-aastaste enesetappude 0,79% kasvuga (Stuckler et al 2009). Enesetapust on eriti ohustatud mehed (Berk et al 2006).

Vaimse tervise probleemide tekkes on otsustav roll võlal (Jenkins et al 2008, Skapinakis et al 2006, Brown et al 2005). Sama kehtib ka kodukulude makseprobleemide ja üldiste rahaprobleemide korral, kuid tundub, et eriti just võlg on suure psühholoogilise koormusega olukord, sest tundlikel inimestel ja depressiivse eelsoodumusega inimestel võib see soodustada süütunde teket või suurendada olemasolevat süütunnet. Mida suurem võlg inimestel on, seda tõenäolisemalt tekib neil psüühikahäire (Jenkins et al 2008).

Psühhopaatoloogia seost vaesusega (seisund, mis võib tekkida majanduskriisi tagajärjel, eriti majandusliku kollapsi piiril elavatel inimestel) on korduvalt tõestatud (nt Patel et al 2003). Jaapanist, Hongkongist, Koreast ja muudest Aasia riikidest kogutud andmed (Chang et al 2009) näitavad, et suured finantskaotused Aasia majanduskriisi ja eelkõige töötuse tagajärjel suurendasid enesetappude arvu. Sama kehtib Hiina kohta, kus sotsiaalsete muutuste tagajärjel on tekkinud mitmesuguseid kahjusid, sealhulgas suured finantskahjud, mis on põhjustanud või soodustanud depressiooni ja enesetappe (Philips et al 1999). Eespool tooduga haakub ka 90ndate aastate keskel Indias aset leidnud farmerite massienesetapp põllumajandusreformi tõttu, mis põhjustas järsu majanduslanguse (Sundar 1999).

Giotakos et al (2011) uuris kahe majandusnäitaja (töötus ja keskmine sissetulek) ja vaimse tervise muutujate vahelist seost.

Töötuse määr seostus positiivselt mõrvade arvuga ning, mis kõige olulisem, keskmine sissetulek korreleerus negatiivselt enesetappude määraga. Teisisõnu käivad vaesus ja enesetapud käsikäes.

Kentikelenis et al (2011) on avaldanud, et Kreeka majanduskriisi tagajärjel vähendati riigihaiqlate eelarvet 2011. aastal 40%, suurenes pöördumine riigihaiqlatesse ning kasvas inimeste osakaal, kes väitsid, et nende tervislik seisund oli halb või väga halb.

Peale selle peaaegu kahekordistus ajavahemikus 2007 kuni 2009 mõrvade ja varguste arv, kasvas drastiliselt enesetappude arv, suurenes heroini kasutamine ning vahemikus 2009 kuni 2010 kümnekordistus heroinitarbivate nakatumine. Majanduskriisil oli siiski ka positiivne kõrvalmõju – nimelt vähenes alkoholihoobes tabatud juhtide arv ja alkoholi tarbimine.

Kreekas korraldatud telefoniuuringust (Economou et al 2011) selgus, et enesetapakatsete arv suurenes 2009. kuni 2011. aasta vahelisel ajal 36%. See näitaja kattub Stuckler et al (2011) andmetega.

Economou et al (2012) andmetel suurenes alates 2010. aastast oluliselt telefonikõnede arv, mis olid otseselt või kaudselt seotud majanduskriisiga. Helistajatel avaldusid depressiooni sümptomid ja nad olid enamasti töötud.

Praegu Kreekas valitseva majanduskriisi ja enesetappude väidetava seose on WHO ja Kreeka statistikaandmete põhjal vaidlustanud Fountoulakis et al (2012), kes ei leidnud neist majanduskriisi perioodil olulisi muutusi. Autorid soovivad olla olemasolevate andmete tõlgendamisel ettevaatlik.

Psühhopaatoloogia ennetamise meetmed majanduskriisi ajal

Töötuse seostamine psühhopaatoloogia ja eelkõige depressiooni ja enesetappudega nõuab programme, mis aitaksid inimestel taas töö leida.

Huvitaval kombel ei mõjutanud majanduslangus Soomes ja Rootsis enesetappude arvu negatiivselt. Selle põhjuseks on ilmselt asjaolu, et neis riikides on tõhusad sotsiaalteenused ja võimalik on saada sotsiaalabi (Ostamo and Lönnqvist 2001, Hintikka et al 1999).

Teise nurga alt vaadatuna võib jõuda samale järeldusele. Riiklike heaolukulude vähendamisega USA-s kaasnes enesetappude arvu suurenemine (Zimmerman, 2002).

Ülaltoodut kinnitavad veelgi järgmised andmed:

Rootsist ja Hispaaniast ajavahemiku 1980–2005 kogutud suitsiidandmete võrdlusest selgus, et hoolimata Rootsis 1990. alguses aset leidnud raskest panganduskriisist, mis suurendas kiiresti töötust, ei kasvanud enesetappude arv. Vastupidist võis märgata Hispaanias 1970. ja 1980. aset leidnud mitme panganduskriisi järel (Stuckler et al 2009).

Kuigi Rootsi ja Hispaania vahel on kindlast palju sotsiaalkultuurilisi erinevusi, oli kõige olulisem vahe ilmselt siiski selles, kui palju ressursse kasutati sotsiaalskitse eesmärgil (WHO, 2011).

Kreekast kogutud andmed (Giotakos et al 2012) on kooskõlas ülaltoodud andmetega ning tõestavad, et suitsiidide arv oli pöördvõrdelises seoses esmatasandi haiqlate ja raviteenuste pakkujate ning vaimse tervise asuutuste töötajate arvuga.

Aktiivsed tööturuprogrammid võivad töötuse kahjulikku mõju teatud määral leevendada (Stuckler et al 2009). Selliste programmide hulka kuuluvad näiteks vastupanuvõimet parandavad vaimse tervise edendamise programmid, mis on osutunud ka kuluefektiivseks (Vuori et al 2002, Vinocur et al 1991).

Majanduskriisi ajal on olulised peretoetusprogrammid. Probleem seisneb aga selles, et selliste programmide rahastamine ja ka nende heaks töötavate inimeste tasusid käbitakse kriisi tõttu ja mõned programmid lõpetatakse hoopiski.

Siiski on tõendeid, et EL-i riikides vähendab iga selliste programmide peale kulutatud 100 dollarit töötuse mõju enesetappude arvule 0,2% võrra (Stuckler et al 2009). Ilmselgelt peaksid vaimse tervise valdkonna professionaalid ja eestkõnelejad nende programmide kuluefektiivsust selgemini rõhutama.

WHO raportis (2011) käsitletavate probleemide ja soovitude hulgast võib leida järgmised:

- Alkoholi hindade ja kättesaadavuse kontrolli all hoidmine seoses töötuse kasvu ja alkoholist põhjustatud surmade arvu suurenemisega paljudes EL-i riikides (Stuckler, 2009) ning alkoholiga seotud surmade arvu kasvuga pärast 1991. ja 1998. aasta kriise Venemaal (Zaridze et al 2009).
- Vaimse tervise probleemide, suitsiidse mõtlemise ja liigjoomise varane tuvastamine.
- Kogukonnapõhiste vaimse tervise teenuste arendamine, sest seda on seostatud enesetappude vähenemisega (Pirkola et al 2009).
- Probleemilahendusoskuste edendamine, sest see võib kaitsta depressiooni ja suitsiidse käitumise eest (WHO Report, 2009).
- Võlaleevendusprogrammid.
- Häbimärgistamise vastu võitlemine (üldised kampaaniad on olnud tagasihoidliku mõjuga, näidustatud on suunatud lähenemine).
- Näitamine, et vaimsesse tervisesse investeerimisel on majanduslikud eelised.
- Vaimse tervise reformi jätkamine (eriti deinstitutionaliseerimine ja vaimse tervise alaste teenuste osutamine esmatasandi meditsiini-asutustes), kuid rahastamise sidumine akrediteerimise ja teenusepakkuja hindamisega.

Kokkuvõte

Depressioon, eriti selle ennasthävitav kliiniline vorm on üks suuremad psühhopatoloogilisi haiguseid, mis on seotud majanduskriisiga. Majanduskriiside ajal on soovitatav kasutada rutiinse psühhiaatrilise ennetusstrateegiana depressiooni ja suitsiidsete suundumuste skriinimist.

Suitsiidse potentsiaali ja töötuse vahelist seost arvestades on vajalikud aktiivsed tööturu- ja toetusprogrammid.

Ülaltoodut rõhutades ja kulutõhusat aktiivset tööturgu kaitstes soovitatakse rehabilitatsiooni- ja peretoetusprogrammide rakendamist.

Kasutatud kirjandus

- Agerbo E. (2005). Effect of psychiatric illness and labor market status on suicide: a healthy worker effect? *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, 598-602
- Anagnostopoulos D., Soumaki E. (2012). The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. *Editorial. Psichiatriki* 23: 15-16
- Araya R., Lewis G., Rojas G., Fritsch R. (2003b). Education and Income: which is more important for Mental Health? *J. Epidem. Commun. Health* 57, 501-555
- Araya R., Rojas G., Fritsch R. et al (2003a). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: a randomized controlled trial. *Lancet* 361, 995-1000
- Berk M., Dodd S., Henry M. (2006). The effect of macro-economic variables on suicide. *Psychological Medicine* 36, 181-189
- Brown S., Taylor K., Price SW. (2005). Debt and distress: evaluating the psychological cost of credit. *Journal of Economic Psychology* 26, 642-663
- Butterworth P., Rodgers B., Windsor TD. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH through the Life Survey. *Soc Sci Med* 69: 229-237
- Chang SS., Gunnell D., Sterne JAC et al (2009). Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in east/southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong-Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc. Sci Med.* 69, 1322-1331
- Christodoulou GN and collaborators (2000). *Psichiatriki*, Beta, Athens
- Clark A., Oswald AJ. (1994). Unhappiness and unemployment. *Economic Journal* 104, 648-659
- Dooley D., Catalano R., Wilson G. (1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Community Psychology* 22, 745-765
- Dorling D. (2009). Unemployment and health. *British Medical Journal* 338, b829
- Economou M., Madianos M., Theleritis CP., Peppou L., Stefanis C. (2011). Increased suicidality and economic crisis in Greece. *Lancet* 378, 1459
- Economou A., Nikolaou A., Theodossiou I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies* 35, 368-384
- Economou M., Peppou LE., Louki E., Kompodoros A., Mellou A., Stefanis C. (2012). Depression telephone helpline: Help seeking during the financial crisis. *Psichiatriki* 23: 17-28
- Fountoulakis K., Grammatikopoulos I., Koupidis S., Siamouli M., Theodorakis P (2012). Letter to the Editor, *Lancet* 379,

- Giotakos O., Karabelas D., Kafkas A. (2011). Financial crisis and mental health in Greece: Findings from the association between financial and mental health factors. *Psychiatriki* 22, 109-119
- Giotakos O., Tsouvelas G., Kontaxakis V. (2012). Suicide rates and mental health services in Greece, *Psychiatriki* 23: 29-38
- Hintikka J., Saarinen PI., Viiramäki H. (1999). Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27: 85-88
- Jenkins R., Bhugra D., Bebbington P. et al (2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychological Medicine* 38, 1485-1493
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanikolas I., Basu S., Mc Kee M., Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 378, 1457-1458
- Kessler RC., McGonagle KA., Zhao S. et al (1994). Lifetime and 12month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the US : Results from the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry* 51, 8-19
- Kondo N. et al (2008). Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001. *Journal of Epidemiology and Community Health* 62, 869-875
- Lee Sing, Guo Wan-Jun, Tsang Adley, Mak Arthur DP, Wu Justin, Ng King Lam, Kwok Kathleen (2010). Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong 126, 125-133
- Lewis G., Sloggett A. (1998). Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal* 317, 1283-1286
- Maj M. (2011). Clinical Depression VS Understandable Sadness. Is the difference clear and is it relevant to treatment decisions? *Festschrift volume for Prof. George Christodoulou*, Beta Publishers, Athens pp. 174-178 (www.paeeb.com – editions)
- Marmot MG., Bell R. (2009). How will the financial crisis affect health? *British Medical Journal* 338, b1314
- Ostamo A., Lönnqvist J. (2001). Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36: 354-360
- Patel V., Gwanzura F., Simunyu E., Mann A., Lloyd K. (1995). The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe, *Psychol. Med* 25, 1191-1199
- Patel V., Weiss HA., Chowdhary N. et al (2010). Effectiveness of an intervention led by lay health counselors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomized controlled trial. *Lancet* 376, 2086-2095
- Philips MR., Liu H., Zhang Y. (1999). Suicide and social change in China. *Cult Med Psychiatry* 23, 25-50
- Pirkola S. et al (2009). Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet*, 373: 147-153
- Skapinakis P. et al (2006). Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK, *British Journal of Psychiatry* 189, 109-117
- Solantaus T., Leinonen J., Punamäki RL. (2004). Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Development. Psychology* 40, 412-429
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., Mc Kee M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *Lancet* 374, 315-323
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., Mc Kee M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 378, 124-125
- Sundar M. (1999). Suicide in farmers in India. *Br J Psychiatry* 175, 585-586
- Vinokur AD., van Ryn M., Gramlich EM., Price RH. (1991). Long – term follow-up and benefit-cost analysis of the jobs program: a preventive intervention for the unemployed. *Journal of Applied Psychology* 76: 213-219
- Vuori J. et al (2002). The Työhön Job. Search Program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 78: 43-52
- WHO Global Burden of Disease (2008): 2004 update. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf (accessed Feb. 5, 2012)
- Wilkinson R., Marmot M. (eds) (2003). *Social determinants of health: the solid facts*, 2nd ed. Copenhagen, Regional office for Europe
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health. New Understanding. New Hope*. Geneva WHO
- World Health Organization (2009). *Financial crisis and global health: report of a high-level consultation*. Geneva, World Health Organization
- World Health Organization (2011). *Impact of Economic crises on mental health*, Regional Office for Europe, Copenhagen
- Zaridze D. et al (2009). Alcohol and cause – specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48.557 adult deaths. *Lancet* 373: 2201-2214
- Zimmerman SL. (2002). State's spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? *Journal Mental Disorders*, 190: 349-360

SÜSTEEMI TUGEVDAMINE

kogu tervishoiu valdkonnas eesmärgiga parandada majandusraskuste ajal inimeste vastupanuvõimet

*Dr Gabriel Ivbijaro MBE, MBBS, FRCGP, FWACP_{psych}, MMedSci, MA, WFMH (Euroopa) asepresident, Waltham Forest Clinical Commissioning Group, London, UK juhatusesimees.
gabriel.ivbijaro@gmail.com*

Ülemaailmse vaimse tervise päeva 20. aastapäeval keskendume depressioonile kui üleilmsele kriisile.

Olenemata sellest, kas elame kõrge, keskmise või madala sissetulekuga riikides, mõjutab praegune üleilmne majanduskriis meid kõiki ja suurendab depressioonist tulenevat haiguskoormust. Peame looma üleilmse vastupanuvõime, mis võimaldaks inimestel ja riikidel kriisi mõju meie ühiskonnale vähendada. Mitte keegi pole kaitstud üleilmse majanduskriisi tagajärgede eest kaitstud ning seetõttu peame tugevdama oma tervishoiuteenuseid, et reageerida terviklikult depressioonile ja paljudele teguritele, mis seda põhjustavad, sealhulgas sotsiaalmajanduslikud tegurid (1). See tähendab, et me peame sellesse kaasama tervise edendamise, sotsiaalsed meetmed, varase diagnostika, asjakohase ravi ja eelkõige andma teenuse kasutajatele, nende pereliikmetele ja sõpradele lootuse, võideldes häbimärgistamise vastu ja parandades teenuste kättesaadavust. Selle aasta ülemaailmne vaimse tervise päev annab eile võimaluse mõelda praktilistele asjadele, mida me teha saame. Mitte millegi tegemine pole valikuvõimalus.

Depressiooni mõju tervisele

Alates 1978. aastast on Alma-Ata deklaratsioon(2) mänginud tähtsat rolli esmatasandi ravi arendamisel kogu maailmas. Selles kutsuti üles looma esmatasandi ravivõimalusi kogukonna terviseprobleemidega tegelemiseks, pakkudes ennetavaid, edendavaid ravi- ja taastusraviteenuseid, mis oleksid kooskõlas riigi ja selle kogukondade majandusolukorra ja sotsiaalsete väärtustega. Esmatasandi ravi peeti eriti oluliseks madala sissetulekuga riikides, sest deklaratsiooni tähtsateks osadeks olid õige toitumise edendamine ja piisav puhta vee kättesaadavus, elementaarne hügieen, emade ja laste eest hoolitsemine, sealhulgas pereplaneerimine ja vaktsineerimine, endeemiliste haiguste kontrolli alla saamine, tervishoiualane koolitus ning levinud haiguste ja vigastuste ravi (Ivbijaro et al 2008)(3).

Depressiooni osakaal haiguskoormuses on väga suur ning esmatasandi ravi peab paranema, et suurendada inimeste vastupanu depressiooni tekkele.

Depressioon ja teised levinud vaimse tervise probleemid, millega esmatasandi ravis kokku puututakse, suurendavad sõltumata oma raskusastmest oluliselt töövõimetust ning vähendavad inimeste elukvaliteeti. Levinud vaimse tervise probleeme on seostatud elukvaliteedi olulise halvenemisega (Spitzer et al 1995)(4). See näitab, et esmatasandi ravi peaks tegelema ka haiguste kõige kergemate vormidega, parandades juurdepääsu ravile ja varasele diagnostikale.

Võlg võib depressiooni korral olla soodustava, ajendava või säilitava mõjuga ning kvaliteetne nõustamine ressurssidega toimetulekuks ja võlanõustamine peaks olema inimestele kättesaadav, et nad ei kaotaks majandusraskustega kokku puutudes lootust. Maailma Tervishoiuorganisatsioon arvas juba enne praegust majanduskriisi, et depressioon haarab üleilmses haiguskoormuses üha suurema osa, tõustes 2004. aasta kolmandalt kohalt (4,3%) 2030. aastaks esikohale (6,2%) (depressioonile järgneksid südameisheemiatõbi, liiklusõnnetused, südame-veresoonkonna haigused ja kroonilised obstruktiivsed pulmonaarsed haigused). WHO leidis, et depressioon juba oli peamine põhjus, mis lühendas 15–44-aastaste naiste tervena elatud elu pikkust.(5) Haiguse leviku suundumuse peatamiseks tuleb tegutseda.

Depressioonil on olulised sotsiaalmajanduslikud kulud. Euroopas tehtud uuringud näitavad, et enneaegne pensionile suundumine moodustas 47% depressioonikuludest, haiguslehel viibimise osakaal on 32%, samas kui haiguse raviks kasutatavate ravimite kulu moodustab vaid 3% (Sobocki et al, 2007, European Psychiatry). Oluline tegur on ka töövõime vähenemine (Centre for Mental Health, Mental Health at Work: Developing the business case, 2007), sest depressiooni sümptomid, näiteks keskendumisvõime puudumine, mälukaotus ning raskused planeerimises ja otsuste tegemisel jäetakse tihtipeale tähelepanuta, kuigi need mõjutavad kuni 94% kõigist patsientidest ja avaldavad töövõimele ülisuurt mõju (Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Psychol Med. 2010 Oct 8:1-10).

Oluline on meeles pidada, et depressiivne häire ei tähenda isiksuse nõrkust. Ilma sekkumiseta võivad sümptomid kesta nädalaid, kuid ja aastaid. Depressioon on vaimne häire, mis ei lase inimestel normaalset elu elada, sealhulgas tool ja koolis käia, ega muid tavapäraseid toiminguid teha. Depressioon puudutab kõiki vanuserühmi olenemata sellest, kas inimene töötab, on töötu või pensionär. See on tööealiste patsientide kõige levinum ja kulukam terviseprobleem – nii näiteks on 11% (vaimse tervise ja heaolu Euroopa pakt, 2008) kõigist EL-i kodanikest mingil eluperioodil depressiooni põdenud.

Süsteemi tugevdamine

Finantskriisi üha suurenev mõju ning haiguse üha suurenev levik nõuab olemasolevate ressursside paremat kasutamist. 2008. aastal avaldasid Ülemaailmne Perearstide Organisatsioon (Wonca) ja Maailma Tervishoiuorganisatsioon (WHO) publikatsiooni “Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective”(6) , milles rõhutati seda, et patsient peab saama psühhiaatrilist ravi esmatasandi raviasutuses.

Kuigi üle kogu maailma on mitmeid esmatasandil ravi pakkujaid, ei ole see nii kõigis riikides. Madala, keskmise ja mõnel juhul ka kõrge sissetulekuga riikides puudub patsientidel juurdepääs põhjalikule tasuta või soodsa hinnaga psühhiaatrilise ravi teenustele.

Seetõttu tuleks välja töötada ühtne lähenemine, mis ohjaks tervise sotsiaalseid määrajaid ja võimaldaks suurendada inimeste vastupanuvõimet vaimse tervise probleemidele. Elanikkonna vastupanuvõimet tugevdava tervishoiusüsteemi loomisele kaasa aitavaid tegurite võrgustikke kirjeldatakse allpool joonisel 1 (Ivbijaro 2012).(7) Eesmärk on tekitada vastupanuvõime nii üksikisiku kui ka kogukonna tasandil, rakendades tõenditepõhist lähenemist koostöös poliitiliste otsustajate ja riigi esindajatega. Teekonda selleni võib kohandada madala, keskmise ja kõrge sissetulekuga riikide jaoks sobivaks ning rõhku võib panna nende elementide tugevdamisele, mis juba on olemas, integreerides need ulatusliku esmatasandi ravi võrgustiku kaudu sekundaarse ravi tasandi töötajatega.

Finantseerimine

Selleks et saavutada kogukonna ja sellesse kuuluvate üksikisikute jaoks suurimat kasu ja kvaliteeti, tuleb tervishoidu vastavalt rahastada. Maailma Tervishoiuorganisatsioon on öelnud, et tervishoiuteenused peaksid olema kättesaadavad kõigile ning mitte sõltuma majandusraskustest (WHO 2010),(8) kuid nentis ka, et praegune olukord on ideaalist kaugel.

Kättesaadavuse parandamiseks tuleb keskenduda riigisisestele tervishoiu rahastamise süsteemidele.(9) Üleüldise kättesaadavuse tagamiseks tuleb suurendada ühisfonde, mis tagaksid tervishoiuteenuste kättesaadavuse ka neile, kellel see praegu puudub. Depressiooni ravi, eriti esmatasandi ravi, peaks sisalduma tervishoiuteenuste süsteemis. See aitaks tagada selle, et finantsraskused ei takistaks inimestel saamast vajalikku ravi, võlanõustamist ja depressiooniravi. Praegune majanduskriis on andnud meile lisaajendi vaadata üle depressiooni ennetamise ja ravi rahastamine, nii et see võimaldaks tugevdada vastupanu kõigile raskustele, millega me üksikisikute ja ühiskonnana kokku puutume (Jenkins et al 2011) (10),(11),(12),(13)

Kokkuvõte

Praegune majanduskriis on suurendanud ühiskonna koormat kogu maailmas ning põhjustanud üha rohkematel inimestel depressiooni. Olenemata sellest, kas tegu on kerge, mõõduka või raske depressiooniga, suurendab see oluliselt töövõimetust ja halvendab inimeste elukvaliteeti. Peame oma teenuseid tugevdama ja tagama juurdepääsu ka inimestele, kellel on juurdepääs tervishoiuteenustele.

Doonororganisatsioonid ja riigid peavad tegema koordineeritumat koostööd, et olemasolevaid ressursse tervishoiuteenuse kättesaadavuse tagamiseks üleüldiselt paremini hallata.

2012. aasta ülemaailmse vaimse tervise päeva teema on *Depressioon: üleilmne kriis* aitab meil keskenduda sellele, kuidas üheskoos paremini töötada, kasutades inimeste ja kogukonna vastupanuvõime suurendamiseks praegu olemasolevaid ressursse ning vähendada nii haiguskoormust kui ka depressiooni põdevate inimeste kannatusi.

Ülemaailmne vaimse tervise päev 2012 annab kõigile õppeasutustele, kus koolitatakse tervishoiuspetsialiste, võimaluse korrata koostööd, mis leidis aset 1992. aasta depressioonikampaanias, mille tulemusena parandati oluliselt ravi ättesaadavust, suurendades kogukonna ja spetsialistide teadlikkust selle levinud haiguse kohta ja vähendades samal ajal sellega seotud häbimärgistamist.(14),(15)

Üleilmse kriisi leevendamine nõuab pidevat koostööd valitsuste, annetajate, vabaihenduste, farmaatsiaettevõtete ja kodanikuühiskonna vahel, mille tulemusena on võimalik olemasolevad ressursid ühendada ning tugevdada nii inimeste vastupanuvõimet kui ka tugistruktuure.

Tänuõnad

Soovin tänada professor Chris Dowricki, dr Patt Franciosit, professor Michael Kiddi, dr Lucja Kolkiewiczzi, professor Rachel Jenkinsit ja dr Filippo Zizzot nende retsensioonide eest. Samuti tänan Londoni tervishoiuprogrammide ja Waltham Forest Clinical Commissioning Consortiumi töötajaid nende toetuse eest.

Kirjandus

Miech RA, Caspi A, Moffitt TE, Wright BE, Silva PA (1998). Low Socioeconomic Status and Mental Disorders: A Longitudinal Study of Selection and Causation during Young Adulthood. Working Paper No. 98-05, Center for Demography and Ecology, Madison, WI
Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, Sept 6-12, 1978. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (accessed 18.03.2012)
Ivbijaro G, Kolkiewicz L, Lionis C, Svab I, Cohen A, Sartorius N (2008) Primary care mental health and Alma-Ata: from evidence to action. *Mental Health in Family Medicine*. 5: 67-9
Spitzer RL, Kroenke K, Linzer KM, Hahn SR, Williams JBW, deGruy FV, Brody D, Davies M (1995) Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *Journal of the American Medical Academy*. 274 (19): 1511-1517
World Health Organization (2008). Global Burden of Disease: 2004 update 46, 51.
WHO/Wonca (2008). Integrating mental health into primary

care: A global perspective. Geneva: WHO
Ivbijaro GO (ed) (2012). Companion to Primary Care Mental Health. Radcliffe/Wonca
World Health Organization (2010). The World Health Report. Health Systems Financing. The Path to Universal Coverage. Geneva: WHO
Evans DB, Etienne C (2010). Health systems financing and the path to universal coverage. *Bulletin World Health Organization* 88: 402
Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) Mental health and the global agenda: core conceptual issues. *Mental Health in Family Medicine* 8:69-8
Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) Social, economic, human rights and political challenges to global mental health. *Mental Health in Family Medicine* 8:87-96
Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) International and national policy challenges in mental health. *Mental Health in Family Medicine* 8:101-114
Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) Health system challenges and solutions to improving mental health outcomes. *Mental Health in Family Medicine* 8:119-127
Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D (1997) The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *American Journal of Psychiatry* 154 (festschrift supplement): 59-65
Rix S, Paykel ES, Lelliot P, Tylee A, Freeling P, Gask L, Hart D (1999) Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign *British Journal of General Practice* 49: 99-10
Sobocki P, Lekander I, Borgström M, Ström O, Bo R (2007) The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry* 22(3): 146-152
Sainsbury Centre for Mental Health (2007) Policy Paper 8. *Mental Health at Work: Developing the Business Case*. Sainsbury Centre for Mental Health London UK (Accessed 15.07.2012 http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/mental_health_at_work.pdf)
Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P (2011) Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3 year prospective study. *Psychological Medicine* 44: 1165-1174
European Pact for Mental Health and Well-Being EU High Level Conference Brussels, Belgium 12-13th June 2008. (Accessed 15.07.2012 http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

Depressiooni MAJANDUSLIK MÕJU

R. Jenkins, WHO koostöökeskus, psühhiaatriainstituut, Kings College London. Rachel@olan.org

D. McDaid, London School of Economics and Political Science. d.mcdaid@lse.ac.uk

Depressioon on üldine probleem. Lähtudes depressiooni laiapõhjalisemast definitsioonist, mis hõlmab nii puhast depressiooni kui ka ärevuse ja depressiooni kombinatsiooni, mõjutab see ligi 5–10% noortest ja 10–15% täiskasvanutest. Depressiooni vallandajaks võivad olla erinevad isiklikud, sotsiaalsed ja majandustegurid, sealhulgas olulised makroökonomilised šokid(1). Depressioon on kogu maailmas oluliseks majandustakistuseks, mis ei mõjuta mitte ainult seda põdevaid inimesi, vaid ka nende peresid, kogukonda, tööandjaid, tervishoiusüsteemi ja üldist eelarvet. Praegu, kui majanduskriis on haaranud suure osa kogu maailmast, on tegemist probleemiga, mida ühiskonnad eiravad omal vastutusel: liiga vähesed tähelepanu pööramine depressiooni ennetamisele ja ravile rahvastiku hulgas ning sellega kaasnev tööjõu võimekuse vähenemine saab majandusraskustest jagu saamist riikides ainult raskendada.

On piisavalt uuringuid, mis tõestavad majandusraskuste seost psüühikahäiretega suure sissetulekuga riikides (2-4) ning vähem, kuid üha kasvaval hulgal uuringuid majandusraskuste tagajärgede kohta madala ja keskmise sissetulekuga riikides (5, 6). Hinnangulised kulud on tõenäoliselt konservatiivsed; vaid vähesed arvestavad sellega, et pered võivad ressursse sellisel viisil mobiliseerida ja ümber suunata, mis annab end peres veel pikka aega tunda ja võib sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust süveneda ja põlistada. Riikide eelarvekulused puudutavad andmed mõjutavad oluliselt tööjõu suurust ja tootlikkust ning teisi riigi tulusid. Kulude hindamisel ei võeta tavaliselt arvesse ka suuremat füüsilise tervise halvenemise riski, mis on seotud depressiooniga.

Depressioon põlistab ka vaesuringi, takistades teha tööd või muid perekondlikke toiminguid, tuues nii kaasa väiksema sotsiaalse ja majandusliku tootlikkuse.

Seega elavad kroonilist depressiooni põdevad inimesed sageli vaesuses, sest ei nad ise ega ka nende hooldajad ei pruugi olla töötöövõimelised. Riikides, kus puudub üldine tervishoiuteenuste kättesaadavus, võivad inimesed kulutada tavaliste või traditsiooniliste ravimite hankimisele suure osa oma säästudest või on sunnitud raha laenama. Depressiooni põdevate inimeste vaesus- ja võlaahela murdmiseks on seetõttu oluline tegeleda aastatuhande eesmärgiga, milleks on vaesuse ja nälja kaotamine (MDG1). See ei ole siiski vaid madala sissetulekuga riikide probleem. Võlgadega toimetulematust ja vaesust võib kohata ka Euroopas ja mujal, kus on kogetud majanduslanguse kõige raskemaid vorme.

Teine oluline põhjus depressiooniga tegelemiseks on, et paljudes kõrge sissetulekuga riikides on pikisuunaliste uuringute käigus saadud rohkelt tõendeid selle kohta, et lapsepõlves ja noorukieas ravimata jäänud depressioon võib põhjustada täiskasvanuna sügavaid ja pikaajalisi sotsiaalseid ja majanduslikke tagajärgi. Nende hulgas on hariduse omandamise madalam tase, tihedam kokkupuude kriminaalkohtute süsteemiga, tööhõive madalam tase ja sageli ka väiksem palk, samuti raskused isiklikes suhetes (7-10). Lisaks võib vanemate depressioon avaldada negatiivset mõju ka laste tervisele, arengule ja haridusele (11). Mõnes riigis on lapsed jätnud tervislike kriiside ajal pooleli koolis käimise, et vanemaid hooldada, samuti võib juhtuda, et vanem on liiga haige selleks, et laps kooli saata. Majanduskriisi tingimustes on taas oluline investeerida laste tervisesse ja heaolusse, sest lapsed tähendavad iga riigi jaoks tuleviku heaolu.

Depressiooni kulud on märkimisväärsed, kuid mida me teame depressiooni ennetamise ja ravisse investeerimisest? Kuigi tervishoidu investeerimise kõiki tegureid tuleb hoolikalt kaalida, võib ka maailma kõige vaesemates piirkondades näha depressiooniga võitlemise kuluefektiivsust (12). Samuti on olemas andmed, kuigi need on pärit vaid kõrge sissetulekuga riikidest, mis tõestavad, et depressiooni ennetamiseks eluaja jooksul on olemas mõned kuluefektiivsed meetodid (13).

Kokkuvõttes võib öelda, et kuigi halva tervise seos vaesusega ei ole kindlasti omane vaid depressioonile, suurendab depressiooni pikem kestus negatiivset mõju rohkem kui enamik akuutseid füüsilisi haiguseid. Need mitmekesised mõjud suurendavad majapidamiste jaoks riski langeda tõsisesse majandusraskustesse, millel on olulised tagajärjed ka riigi majandusele. See risk suureneb tõenäoliselt majanduskriisi ajal, mistõttu on veelgi olulisem vaimset tervist mitte hooletusse jätta.

Viidatud kirjandus:

1. Anderson P, McDaid D, Basu S, Stuckler D. Impact of economic crises on mental health. . Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2011.
2. Foresight Mental Capital and Wellbeing Project. Final Project Report. London: The Government Office for Science; 2008. <http://www.foresight.gov.uk/>.
3. McCrone P, Dhanasiri S, Patel A, Knapp M, Lawton-Smith S. Paying the price: the cost of mental health care in England to 2026. London: King's Fund; 2008.
4. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2011;21(10):718-79. Epub 2011/09/20.
5. Shah A, Jenkins R. Mental health economic studies from

- developing countries reviewed in the context of those from developed countries. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101:87-103.
6. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low and middle income countries. *World Psychiatry*. 2008;7(2):79-86.
7. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*. 2001;323(7306):191.
8. Fergusson DM, John Horwood L, Ridder EM. Show me the child at seven II: childhood intelligence and later outcomes in adolescence and young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005;46(8):850-8.
9. McCrone P, Knapp M, Fombonne E. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: predicting costs in adulthood. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2005;14:407-13.
10. Chen H, Cohen P, Kasen S, Johnson JG, Berenson K, Gordon K. Impact of Adolescent Mental Disorders and Physical Illnesses on Quality of Life 17 Years Later. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):93-9.
11. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*. 1984;14:853-80.
12. Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S. Reducing the global burden of depression: population-level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2004;184:393-403. Epub 2004/05/05.
13. McDaid D, Park AL. Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health promotion international*. 2011;26 Suppl 1:i108-39. Epub 2011/12/07.

Depressioon ja TEISTE INIMESTE OHUSTAMINE

*Jeffrey Geller, MD, MPH, psühhiaatriaprofessor, Massachusettsi ülikooli meditsiinikool
jeffrey.geller@umassmed.edu*

Tänapäeval on üldsuse hulgas levivatest väärarusaamadest kõige sagedasem seisukoht, et psüühikahaigust põdevad inimesed on ohtlikud. Selline seisukoht soodustab teatud psüühikahaiguste puhul häbimärgistamist ja sotsiaalset tõrjutust; depressiooni puhul see nii pole. Depressiooni puhul asuvad häbimärgistamise ja sotsiaalse tõrjutuse põhjused muudes, veel ebaselgetes tegurites. Depressiooni ei peeta üldiselt teistele ohtlikuks haiguseks.

Depressiooni iseloomustab ohtlikkus iseendale, see tähendab enesetapp. Depressioon on suitsiidse mõtlemise riskitegur (enesetapakatseid on palju rohkem kui enesetappe). Hea psühhiaatriline ravi võib riski vähendada, abiks võivad olla suitsiidiennetusprogrammid ja tugitelefoniid. Siiski juhib suitsiidiile ja selle ennetamisele keskendumine tähelepanu eemale asjaolust, et halvimatel juhtudel võivad depressioon ja sellega kaasnev suitsiidne mõtlemine / suitsiidikatse / suitsiid olla ohtlik ka teistele.

Hea näide olukorrast, kus depressiooni põdev isik on ohtlik teistele on see, kui depressioonis isik tapab kellegi, mõnikord järgneb sellele ka enesetapp. Mõrv-suitsiid on üleilmne probleem, kuigi sellesse kategooriasse langevate mõrvade osakaal erineb riigiti suures ulatuses. On mitu olukorda, kus depressioon on mõrva ja sellele järgneva võimaliku suitsiidi ajend:

- infantitsiid ja sünnitusjärgne depressioon: alla üheaastase lapse tapmine tema ema poolt. 50% imikutapmistest toimub esimese nelja kuu jooksul ning suur osa neist toimub „altruistlikel” ehk armastusest ajendatud põhjustel, st suitsiidne vanem ei soovi last „üksi” jätta ning tegutseb enda arvates lapse parimates huvides;

- lapse tapmine vanema poolt; moodustab 60% kõigist laste tapmistest. Lapsetapu toime pannud depressioonis naised räägivad iseenda ja lapse/laste surmast päevi või nädalaid enne tegelikku sündmust;
- vanematapp, kus häbistatud ja alandatud poeg (tavaliselt) tapab oma vanema, kuna arvab, et see leevendab tema halba enesetunnet;
- peremõrva ja mõrva-enesetapu korral, mille panevad toime vanema paari (üle 65-aastased) osapooled, on depressioon kogu maailmas üks kõige sagedasemaid psüühikahäireid;
- massimõrv koos sellele järgneva enesetapuga on liiga sageli esinev näide perevälisest tapmisest, millele järgneb enesetapp; nende juhtumite puhul on depressioon üks peamisi diagnoose.

On ka muid viise, kuidas lapsevanema enesetapp võib lapsi ohustada või kahjustada. Vastsündinu vigastamise mõtteid esineb 41% depressioonis emadest (kuus korda rohkem kui emadel, kellel pole depressiooni) ning nende tagajärjel eemaldub ema vastsündinust. Sünnitusjärgse depressiooniga naistel arenevad lapsed füüsiliselt kehvemini.

Lastel, kes on oma vanema suitsiidi tagajärjel kaotanud, esineb rohkem depressiooni sümptomeid, ebaproportsionaalselt palju suitsidaalsust ja enesetapakatsete tõttu haiglasse sattumist; rohkem psühhiaatri juurde suunamist, PTSD-laadseid sümptomeid, millega kaasneb süütunne ja enese süüdistamine, rohkem isiksusehäireid, rohkem vägivaldsete kuritegude toimepanemist ja oluliselt suurem risk sooritada suitsiid.

Depressioon võib olla kaasaitav tegur ka paljudes muudes olukordades, kus suitsiid kahjustab ka teisi inimesi. „Suitsiidiepidemiaid” on esinenud palju varem enne seda, kui psühhiaatria hakkas selle nüanssidega organiseeritult tegelema. Sellised epideemiad tekivad paiguti, kuid korduvalt teatud populatsioonides, näiteks indiaanlaste hulgas, aga ka teatud kohtades, näiteks psühhiaatriahaiglate statsionaarse ravi osakondades.

Suitsiid läbi autoavarii on tõhus viis suitsiidi varjamiseks: Autojuhtide enesetapud olid 2000. aastal WHO/Euroopa mitmekeskuselises parasuitsiidide uuringus suitsiidikatsete meetodite edetabelis 12. kohal, riigiti on autojuhtide suitsiide puudutavates andmetes suuri erinevusi. Suitsiid mootorsõiduki abil on ohtlik ka teistele, sest juhil puudub kontroll tegeliku tulemuse üle.

Mõned enesetapuplaanidega inimesed soovivad kasutada surmatoojana kedagi teist, kelleks osutub sageli politseinik, mistõttu on tegemist suitsiidiga politseiniku käe läbi. Sellisel juhul võib tekkida äge tulevahetus.

Depressioon võib kaasa aidata patoloogilisele süütamisele ning süütamine on lähikonnas viibivatele inimestele alati ohtlik. Süütamist kasutatakse tihti lapsetapuks. Püromaania alla kannatavatel patsientidel on varem esinenud rohkem depressiooniepisoode kui patsientidel, kellel on muud meeleoluhäired.

Surma eneseohverduse läbi esineb lääne- ja arenenud riikides harva, tavaliselt on tegemist depressioonis isiku enesetapuga. Ida- ja arenguriikides on enesesüütamine mitmeteguriline akt, kuid siin varjab traditsioon sageli depressioonist põhjustatud suitsiidi.

Enesesüütamise korral on ainus sihtmärk süütaja, kuid pärast süütamist puudub süütajal kontroll põlemise käigu ja hävitusjõu üle.

Suitsidaalsus võib depressiooni sekundaarse nähtusena olla teistele ohtlik. Selliseid tegusid toime panevad inimesed kannatavad meeleoluhäirete all ning kõige levinum meeleoluhäire on suur depressioon.

FAKTE

Kuidas aidata depressioonis inimest?

Sõbrad ja pere võivad olla depressiooni alla kannatava inimese jaoks päästerõngas. Teie võite olla paranemises oluline tegur. Sellele lehel jagatav teave annab teile juhiseid, kuidas pakkuda parimat tuge ning säästa sealjuures ka ennast.

Kuidas abistada?

Sõltuvalt depressiooni raskusastmest saab abistamiseks teha nii mõndagi. Üks olulisemaid abistamise viise on rääkida oma lähedasega ja teda kuulata. Küsige, kuidas tal läheb, kuid ärge sundige teda rääkima, kui ta seda ei soovi. Sellised vestlused peaksid olema vabad ja avatud ning andma signaali, et te soovite aidata. Samuti on mõttekas küsida, kuidas saaksite masenduses lähedast aidata. Kuulake, mida ta ütleb. Öelge, et olete valmis kuulama, kui lähedane soovib rääkida.

Depressiooni mõistmine

Samuti on oluline omada teadmisi depressiooni, selle sümptomite, võimaliku kulu ja ravi kohta. See aitab lähedast ja tema tundeid mõista. Samuti aitab see aru saada, millal lähedase seisund paraneb. Selles kogumis esitatud teave aitab teil depressiooni keerukust paremini mõista. Internetist ja mujalt allikatest on võimalik leida palju lisamaterjale.

Ravi toetamine

Üks oluline viis depressioonis inimese aitamiseks on aidata tal järgida raviplaani, mille hulka kuulub ka väljakirjutatud ravimite võtmine, arsti külastamine vastavalt soovitudele ning vajadusel lisaabi otsimine. Vajadusel tuletage lähedasele meelde, et ta peab rohtu iga päev võtma. Samuti võite aidata panna kinni arstiaegu ja arstivisiitidel saatjaks olla. Kui lähedase seisund ei parane, võite julgustada teda lisa- või alternatiivset abi otsima.

Suitsiidiohu märkamine

Oluline on teada, et depressiooni põdevatel inimestel on suurem suitsiidioht. Suhtuge tõsiselt kõigisse märkustesse, mida lähedane teeb enesetapu või surma kohta. Isegi kui te arvate, et lähedane tegelikult ei soovi endale liiga teha, on ta selgelt hädas.

Aidake teha igapäevatoiminguid

Depressiooni põdevatel inimestel on tihti raske teha igapäevaseid toiminguid. Kui depressioon on piisavalt raskekujuline, võib see tekitada liikumisvõimetuse, motivatsioonipuuduse ja suutmatuse teha ka kõige lihtsamaid igapäevatoiminguid. Sellisel juhul tuleb depressiooni põdevat inimest igapäevatoimingute juures aidata – aidake tal minna duši alla, süüa, värsket õhku hingata. Mõnikord peate käima ka poes, koristama ja maksma arved.

Toetage regulaarseid tegevusi

Püüdke panna lähedane tegema asju, mida ta tegi siis, kui tal polnud depressiooni. Kui ta mängis regulaarselt tennist, pakkuge talle võimalust mängima minna. Kui ta abistas kohalikus haiglas vabatahtlikuna, aidake tal sinna minna. Kui käisite iga nädal kinos, siis minge ka nüüd. Samuti võite aidata lähedast tööle naasmisel. Ärge sundige teda tegema midagi vastu tahtmist, kuid püüdke endiselt tema ellu jääda.

ÜLESKUTSE TEGUTSEMISEKS

Ülemaailmne vaimse tervise päev 2012

Üks ülemaailmse vaimse tervise päeva eesmärke on edendada teadlikult vaimsete ja käitumuslike häiretega inimestele pakutavate teenuste parandamist, edendada vaimset tervist ja heaolu ning ennetada psüühikahäireid.

Siinsed soovitusel tuletavad meelde, et vaimse tervise eestkõnelejate töö üle kogu maailma pole veel lõpule jõudnud. WFMH kutsub vaimse tervise ühendusi, kutseliite, tarbija- ja pereorganisatsioone ning kodanikke üles mõtlema, kuidas nad saaksid neid soovitusi oma tegevusse ja plaanidesse kaasata.

- **Ravi pakkumine esmatasandi raviasutustes:** Psüühikahäiretega tegelemine ja nende ravi esmatasandi raviasutustes on oluline samm, mis võimaldaks rohkematel inimestel kiiremini ja lihtsamini abi saada. Paljud püüavad juba praegu sellel tasandil abi saada. Selle mudeli eduks peavad perearstid läbima psühhiaatria algkoolituse. Vaimne tervis tuleks lisada õppekavadesse ja täiendkursustesse, et parandada vaimuhaigustega tegelemist üldarstiabi raames.
- **Psühhotroopsete ravimite kättesaadavaks muutmine:** Põhilised psühhotroopsed ravimid peaksid olema kohe kättesaadavad kõigil ravitasanditel. Need ravimid pakuvad tihti esmaabi, eriti olukorras, kus psühhosotsiaalne ravi ja eriväljaõppega professionaal pole kättesaadav.
- **Ambulatoorne ravi:** Ambulatoorne ravi on kroonilise psühhiaatrilise haigusega patsiendi puhul tulemuste ja elukvaliteedi osas efektiivsem kui haiglaravi. Patsiendi suunamine psühhiaatriaiglast kodusele ravile on ka kuluefektiivsem ja kooskõlas inimõigustega. Kodusele ravile suunamine eeldab, et kohalikul tasandil on kättesaadav arstiabi ja taastusraviteenused, samuti kriisiabi, turvaline elukoht ja kaitstud töökoht.
- **Üldsuse harimine:** Kõigis riikides tuleks käivitada üldsuse harimine ja teavituskampaaniad vaimse tervise teemadel. Üldsuse sihipärane teavitamine ja harimine võib vähendada häbimärgistamist ja diskrimineerimist, parandada psühhiaatriateenuste kasutamist ning tuua vaimse ja füüsilise tervise teenused üksteisele lähemale.
- **Kogukondade, perede ja tarbijate kaasamine:** kogukonnad, pered ja tarbijad tuleks kaasata poliitika, programmide ja teenuste väljatöötamisse. Ravimisel tuleks arvestada vanuse, soo, kultuuri ja sotsiaalsete tingimustega, et see vastaks psüühikahäirega inimese ja tema pereliikmete vajadustele.
- **Riikliku poliitika, programmide ja õigusaktide väljatöötamine:** vaimse tervise poliitika, programmid ja õigusaktid on vajalikud sammud tõhusa ja jätkusuutliku tegevuse tagamiseks. Eelnimetatu peaks põhinema olemasolevatel teadmistel ja inimõigustel. Vaimse tervise reform peaks toimuma koos laiema tervishoiusüsteemi reformiga ning tervisekindlustussüsteem ei tohi diskrimineerida psüühikahäiretega inimesi, vaid võimaldama neile paremat juurdepääsu ravile ja kaotama ravis esinevad takistused.

- **Inimeste koolitamine** Enamikus arenguriikides on vaja suurendada ja parandada psühhiaatriaalast väljaõpet, et vastava ala spetsialistid suudaksid pakkuda eriravi ja toetada esmatasandi ravi programme. Enamikus arenguriikides on puudus psühhiaatrilist abi osutavatest spetsialistidest. Pärast vastava väljaõppe saamist tuleks spetsialiste motiveerida jääma oma koduriiki ning oma oskusi parimal viisil kasutama.
- **Sidemete loomine teiste valdkondadega** Tervishoiuvaldkonnast väljapoole jäävad valdkonnad nagu haridus, tööhõive, heaolu ja õigus, samuti vabaühendused tuleks kaasata kogukondade vaimse tervise valdkonna parandamisse. Vabaühendused peaksid näitama üles rohkem initsiatiivi, nende roll peaks olema paremini määratletud ning neid tuleks julgustada kohalikke algatusi rohkem toetama.
- **Kogukonna vaimse tervise jälgimine** Kogukondade vaimset tervist tuleks jälgida, lisades vaimse tervise alased näitajad tervisealase teabe ja aruandluse süsteemidesse. Need näitajad peaksid sisaldama ka psüühiliste häiretega inimeste arvu ja nendele antava ravi kvaliteeti, samuti kohaliku tasandi üldisemaid meetmeid vaimse tervise alal. Jälgimine on vajalik selleks, et hinnata vaimse tervise ennetus- ja raviprogrammide efektiivsust ning argumenteerida vajadust rohkemate ressursside järele. Kogukondades on vaja uusi vaimse tervise näitajaid.
- **Teadustöö toetamine suuremas ulatuses** Vaimse tervise bioloogiliste ja psühholoogiliste aspektide põhjalikum uurimine on vajalik selleks, et parandada teadmisi psüühikahäirete kohta ning töötada välja parem ravi. Uuringuid tuleks läbi viia laiapõhjalisel rahvusvahelisel tasandil, et mõista kogukondade vahelisi erinevusi ja saada rohkem teada teguritest, mis mõjutavad psüühikahäirete põhjuseid, kulgu ja tagajärgi. Uurimisvõimekuse loomine arenguriikides on hädavajalik.

“Üksikisiku, kogukonna ja riigi tasandil on kätte jõudnud aeg harida ennast depressiooni osas ja toetada neid, kes seda vaimset häiret põevad.”

“Selle aasta ülemaailmne vaimse tervise päev annab eile võimaluse mõelda praktilistele asjadele, mida me teha saame. Mitte millegi tegemine pole valikuvõimalus.” Dr Gabriel Ivbijaro

World Federation for Mental Health
PO Box 807
Occoquan, VA 22125, USA
info@wfmh.com
www.wfmh.org

Selle dokumendi koostamist toetas:

Haridusotstarbelist sihttoetust pakkus ka
Lilly USA, LLC

Lisatoetust pakkusid

Ülemaailmne vaimse tervise päev on WFMH registreeritud kaubamärk

Käesoleva infomaterjali mitteametlik tõlge on saanud teoks tänu Eesti Psühhosotsiaalse Rehabilitatsiooni Ühingule ja ESF meede 1.3.1 projekt "Pikaajaliste ja psüühilise erivajadustega töötute tööpraktikad ja tööle rakendamine juhtumikorralduse ja mentorluse toel – Isiklikud valikud tööturul" nr 1.3.0102.11-033 toele. Euroopa Sotsiaalfond, meede 1.3.1 "Kvalifitseeritud tööjõu pakkumise suurendamine